أسس التوجيه والإرشاد النفسي

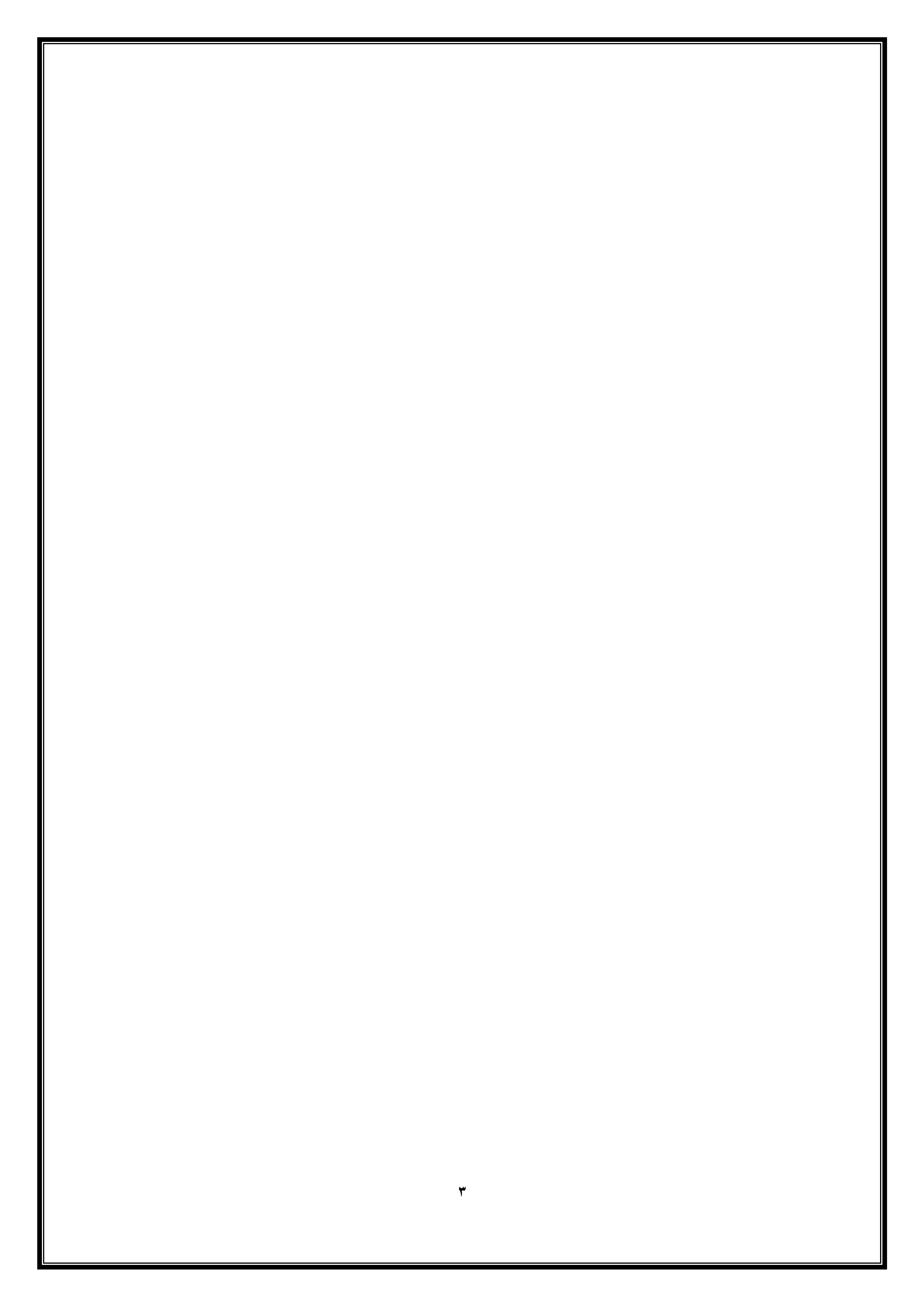
تأليف

أ.د / إسماعيل إبراهيم محمد بدر

أستاذ الصحة النفسية

كلية التربية – جامعة القصيم

قائمة المحتويات



الفصل الأول

الإرشـــاد النفــسي

- 🕮 مقدمة
- 🕮 التوجيه والإرشاد النفسي
- 🕮 الإرشاد النفسي بين العلم والفن
- 🕮 علاقة الإرشاد النفسي بالعلوم الأخرى
- 🕮 الحاجة إلى الإرشاد النفسي
- 🕮 أهداف الإرشاد النفسي
- 🕮 المراجع

مقـدمــة

لم يكن التوجيه والإرشاد بمنأى عن الممارسة منذ أقدم العصور فالآباء والمعلمون على سبيل المثال يسعون إلى مساعدة أبنائهم وطلابهم من أجل سلامتهم ونضجهم ودعم إمكاناتهم، إلا أن هذه المسألة كانت تأخذ شكل التوجيه فقط، دون الدخول في علاقة تفاعلية بين الموجه والفرد المحتاج إلى توجيه، كما أن التوجيه غير كاف لمساعدة الفرد في تحقيق ذاته مما زاد من إلحاح الحاجة إلى عملية الإرشاد النفسي التي تتضمن العلاقة وجها لوجه بين المرشد والمسترشد ومع بداية القرن العشرين تغير المفهوم فبدأ التوجيه والإرشاد بمرحلة التوجيه المهني ثم التوجيه المدرسي حيث امتدت برامج التوجيه والإرشاد لتشمل المجالات التربوية، ثم ظهرت مرحلة علم النفس الإرشادي والذي يركز على الصحة النفسية والنمو النفسي

وفي عام (١٩٧٠) اعتبر التوجيه والإرشاد النفسي عملية اتخاذ القرار بهدف التقليل من قلق الطلاب، ثم تطور المفهوم بعد ذلك وأصبحت الاتجاهات نحو برامج التوجيه والإرشاد النفسي أكثر ايجابية وأخذ مكانته كعلم معترف به.

والتوجيه والإرشاد عبارة عن علاقة مهنية تتجلى في المساعدة المقدمة من فرد إلى أخر ،فرد يحتاج إلى المساعدة (المسترشد) وأخر يملك القدرة على تلك المساعدة (المرشد) ، وهذه المساعدة تتم وفق عملية تخصصية تقوم على أسس وتنظيمات وفنيات تتيح الفرصة أمام الطالب لفهم نفسه وإدراك قدراته بشكل يمنحه التوافق والصحة النفسية ويدفعه إلى مزيد من النمو والإنتاجية، وتبنى هذه العلاقة المهنية (علاقة الوجه للوجه) بين المرشد والمسترشد في مكان خاص يضمن سرية أحاديث المسترشد ،والإرشاد عملية وقائية ونمائية وعلاجية تتطلب تخصصاً وإعدادا وكفاءة ومهارة وسمات خاصة تعين المسترشد على التعلم واتخاذ القرارات والثقة بالنفس وتنمية الدافعية نحو الإنجاز، ولقد أصبح إنسان هذا العصر في حاجة ماسة إلى التوجيه والإرشاد أيا كان موقعه وعمره بحكم التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والمهنية والتقنية المتسارعة.

إن مراحل النمو العمرية والتغيرات الانتقالية، والتغيرات الأسرية وتعدد مصادر المعرفة والتخصصات العلمية ،وتطور مفهوم التعليم ومناهجه، وتزايد أعداد الطلاب ومشكلات الزواج والتقدم الاقتصادي وما صاحب ذلك من قلق وتوتر ،كل ذلك أدى إلى بروز الحاجة إلى التوجيه والإرشاد ،كما إن هذا التغير في بعض الأفكار والاتجاهات أظهر أهمية التوجيه والإرشاد في المدرسة على وجه الخصوص ،حيث لم يعد المدرس قادرا على مواجهة هذا الكم من الأعباء

والتغيرات كما أن تغير الأدوار والمكانات وما ينتج عن ذلك من صراعات وتوتر يؤكد مدى الحاجة إلى برامج التوجيه والإرشاد.

إن العائد العظيم والمرجو لعمليات التوجيه والإرشاد والعلاج هو استعمالهم كمطية لتمام نضج الشخصية وكمالها، وبالتالي لم يعد العلاج النفسي مقصوراً على مجرد إزالة بعض الأعراض المرضية التي يشكو منها الفرد، بل إنه يتصدى لعلاج الاضطرابات السلوكية التي يعانى منها بعض الأفراد والتي تمنعهم من التوافق توافقاً سليماً في مجالات الدراسة والعمل والحياة العامة، ومن هنا تبدو أهمية هذه المجالات في تقوية ورفع مستوى النمو الإيجابي من الشخصية مع إزالة العوائق التي تحول دون النمو النفسي ومن هنا نحقق للفرد آمالاً جديدة وقدرة على اكتساب اتجاهات جديدة، الأمر الذى يساعد على تعبير عميق فى شخصية المريض، وهذا كفيل بأن يقضى على الأعراض التي يشكو منها.

وفيما يلى سوف نتناول بالتفصيل موضوع الإرشاد النفسي من حيث تعريفه، علاقته بالعلوم الأخرى، الحاجة إليه، أهدافه، مجالاته،

*التوجيه والإرشاد النفسي:

التوجيه والإرشاد هو العملية التي تتم فيها مساعدة الفرد على أن يؤدى دوره على الوجه الأكمل في مجتمعه، كما أنه وسيلة مهمة لمساعدة الفرد على تكوين شخصيته، وبنائها بحيث يستطيع التوافق مع نفسه ومع البيئة المحيطة به.

ومن هنا نجد أن كلاً من التوجيه والإرشاد مترابطان وكلاً منهما يكمل الآخر، وفى نفس الوقت توجد فروق بين كل من التوجيه والإرشاد.

أولاً : تعريف التوجيه Guidance:

***التوجيه:**

إن التوجيه أعم وأشمل من الإرشاد وهو جزء من العملية التربوية، والتوجيه يسبق الإرشاد ويمهد له، وهو عملية عامة تهتم بالنواحي النظرية ووسيلة إعلامية في اغلب الأحيان تشترط توفر الخبرة في الموجه وتعنى بوضع الشخص المناسب في المكان المناسب.
ويمكن القول أن اصطلاح التوجيه في الوقت الحالي يقتصر على إعطاء المعلومات كما أن المتخصصين قد اتفقوا على أن التوجيه التربوي يشتمل بين عناصره على عملية الإرشاد وان كل مدرس أو إداري في المدرسة يشترك بشكل أساسي في برنامج التوجيه، في حين تبقى

عملية الإرشاد من اختصاص المرشد كما تبقى عملية التدريس من اختصاص المدرس.

ونورد بعض تعريفات التوجيه:

١. تعريف مايرز للتوجيه التربوي

العملية التي تهتم بالتوفيق بين الفرد بما له من خصائص مميزة من ناحية والفرص الدراسية المختلفة والمطالب المتباينة من ناحية أخرى والتي تهتم أيضا بتوفير المجال الذي يؤدي إلى نمو الفرد وتربيته.

٢. تعريف بريور

إن التوجيه التربوي هو المجهود المقصود الذي يبذل في سبيل نمو الفرد من الناحية العقلية وان كل ما يرتبط بالتدريس أو التعليم يمكن أن يوضع تحت التوجيه التربوي ويرى أن هناك فرقا بين عبارة "التربية كتوجيه " وبين عبارة "التوجيه التربوي" فهو يقصد بالأولى ضرورة توجيه الطلبة بالمدارس في جميع نواحي نشاطهم ويقصد في الثانية ناحية محدودة من التوجيه تهتم بنجاح الطالب في حياته الدراسية.

٣. تعريف أحمد لطفي بركات

هو مجموعة الخدمات التي تهدف إلى مساعدة الفرد على أن يفهم نفسه ويفهم مشاكله وأن يستغل إمكانياته الذاتية من قدرات ومهارات واستعدادات وميول، وأن يستغل إمكانيات بيئته فيحدد أهدافا تتفق وإمكانياته من ناحية وإمكانيات هذه البيئة من ناحية أخرى نتيجة لفهم نفسه وبيئته ويختار الطرق المحققة لها بحكمة وتعقل فيتمكن بذلك من حل مشاكله حلولا عملية تؤدي إلى التكيف مع نفسه ومجتمعه فيبلغ أقصى ما يمكن بلوغه من النمو والتكامل في شخصيته.

٤. تعريف ميلر

انه عملية تقديم المساعدة للأفراد لكي يصلوا إلى فهم أنفسهم واختيار الطريق الصحيح والضروري للحياة وتعديل السلوك لغرض الوصول إلى الأهداف الناضجة والذكية والتي تصحح مجرى الحياة.

٥. تعريف دونالدج مورتنس

انه ذلك الجزء من البرنامج التربوي الكلي يساعد على تهيئة الفرص الشخصية وعلى توفير خدمات متخصصة بما يمكن كل فرد من تنمية قدرته وإمكانياته إلى أقصى حد ممكن.

ويعرف بأنه مجموع الخدمات التي تهدف إلى مساعدة الفرد على أن يفهم نفسه ويفهم ويحل مشاكله، وأن يستغل إمكانياته الذاتية من قدرات ومهارات واستعدادات وميول، وأن يستغل إمكانيات بيئية، فيجدد أهدافاً تتفق وإمكانياته من ناحية وإمكانيات هذه البيئة من ناحية أخرى نتيجة لفهمه لنفسه ولبيئته، ويختار الطرق المحققة لها بحكمة وتعقل، فيتمكن بذلك من حل مشاكله حلاً عملياً تؤدى إلى تكيفه مع نفسه ومع مجتمعه، فيبلغ أقصى ما يمكن أن يبلغه من النمو والتكامل في شخصيته.

فالتوجيه إذن عملية تهدف إلى مساعدة الفرد لتحقيق عدة عوامل منها:

١-فهمه لنفسه عن طريق إدراكه لمدى قدراته ومهاراته واستعداداته وميوله، وفهم المشاكل التي تواجهه مهما كان نوعها.

٢-فهم بيئته المادية الاجتماعية بما فيها من إمكانيات ونقص، واستغلال إمكانياته الذاتية وإمكانيات بيئته.

٣-تحديد أهداف له في الحياة على أن تكون هذه الأهداف واقعية يمكن تحقيقها وتتفق وفكرته السليمة عن نفسه، وأن يرسم الخطط السليمة التي تؤدى به إلى تحقيق هذه الأهداف.

٤-أن يتكيف مع نفسه ومع مجتمعه فيتفاعل معه تفاعلاً سليماً وأن يترقى بشخصيته إلى أقصى حد تؤهله له إمكانياته وإمكانيات بيئته.

ثانياً: الإرشاد Counseling:

مصطلح الإرشاد Counseling مصطلح واسع الاستخدام من قبل العديد من أصحاب المهن كالأطباء والمحامين والاختصاصيين الاجتماعيين والنفسيين وغيرهم، وتتضمن الخدمات الإرشادية أموراً مثل تقديم النصح والمعلومات وتطبيق وتفسير الاختبارات، وترى الجمعية الأمريكية (١٩٨١) الإرشاد النفسي أنه مجموع الخدمات التي يقدمها اختصاصيون في علم النفس الإرشادي وفق مبادئ وأساليب دراسة السلوك الإنساني خلال مراحل نموه المختلفة، ويقدمون خدماتهم لتأكيد الجانب الإيجابي في شخصية المسترشد واستغلاله في تحقيق التوافق لديه، وبهدف اكتساب مهارات جديدة تساعد على تحقيق مطالب النمو والتوافق

مـع الحيـاة واكتسـاب قـدرة اتخـاذ القـرار، ويقـدم الإرشـاد لجميـع الأفـراد فـى المراحـل العمريـة المختلفة وفى المجالات المختلفة كالأسرة والمدرسة والعمل.

هو العملية الرئيسة التي تتضمن الجزء التطبيقي والعملي من التوجيه، وبالتالي هو العلاقة المتبادلة التى تقوم بين فردين إذ يقوم فيه أحدهما وهو المرشد النفسي بحكم مرانه وخبراته على مساعدة الشخص الآخر وهو الفرد صاحب المشكلة حتى يغير من نفسه ومن بيئته، ووسيلة هذه العلاقة هى المقابلة وجهاً لوجه بين المرشد النفسي والفرد صاحب المشكلة، ويتم الإرشاد فى هذه المقابلة.

*تعريف آدمز (١٩٨٠)

إنه علاقة تفاعلية بين فردين، حيث يحاول أحدهما وهو المرشد مساعدة الأخر الذي هو المسترشد كي يفهم نفسه فهما أفضل بالنسبة لمشكلاته في الحاضر والمستقبل.

* الجمعية الامريكية لعلم النفس (١٩٨٠)

إنه الخدمات التي يقدمها اختصاصيون في علم النفس الإرشادي وفق مبادئ وأساليب دراسة السلوك الإنساني خلال مراحل نموه المختلفة ويقدمون خدمات لهم لتأكيد الجانب الايجابي بشخصية المسترشد واستغلاله لتحقيق التوافق لدى المسترشد، وبهدف اكتساب مهارات جيدة تساعد على تحقيق مطالب النمو والتوافق مع الحياة، واكتساب قدرة اتخاذ القرار، ويقدم الإرشاد لجميع الأفراد في المراحل العمرية المختلفة وفي المجالات المختلفة، الأسرة والمدرسة والعمل.

* تعريف حامد زهران

عملية مساعدة الفرد في رسم الخطط التربوية التي تتلاءم مع قدراته وميوله وأهدافه وأن يختار نوع الدراسة والمناهج المناسبة والمواد الدراسية التي تساعده في اكتشاف الإمكانيات التربوية وتساعده في النجاح وتشخيص المشكلات التربوية وعلاجها بما يحقق توافقه التربوي بصفة عامة .

ويتضح من التعريفات السابقة أن الإرشاد النفسي يشتمل على الخصائص أو العناصر التالية:

١. **الإرشاد عملية:** أي أنها تمر في خطوات معينة بشكل متتابع ومتصل.

٢. **الإرشاد عملية تعليمية:** أي أنها تعلم الفرد على مواجهة مشكلاته وحلها وتركز على تغير السلوك.

٣. الإرشاد عملية مساعدة: أي أنها تقدم العون والمساعدة من المرشد إلى المسترشد.

٤. المرشد هو المخطط للعملية الإرشادية وهو شخص مؤهل تأهيلا علميا متخصصا.

٥. المسترشد شخص عادي بحاجة إلى مساعدة وشخصيته متماسكة ولا يحتاج إلى برامج العلاج النفسي.

٦. العلاقة الإنسانية: أي أن العلاقة بين المرشد والمسترشد تقوم على التعاطف في العلاقة الإرشادية.

٧. البيئة التي يتم فيها الإرشاد هي بيئة العلاقة الإرشادية وجها لوجه.

٨. يهتم الإرشاد بانتقال الخبرة من موقف الإرشاد إلى مواقف الحياة التي يقف فيها المسترشد فيما بعد.

فالإرشاد النفسي إذن هو عملية تهدف إلى مساعدة الفرد الذي يشكو من اضطراب انفعالي – اجتماعي لم يبلغ فى حدته درجة الاضطراب النفسي أو الاضطراب العقلي، على التخلص مما يشكو منه، ولهذا نقول دائماً أن المرشد النفسي يتعامل مع العاديين من الناس ذوي المشكلات الانفعالية والاجتماعية.

وبالتالي نرى أن مصطلح الإرشاد يستخدمه العاملون فى تقديم الخدمات مثل الأطباء والمحامين والأخصائيين الاجتماعيين، وهي فى مجملها عملية مقابلة بين شخصين لتوضيح أبعاد مشكلة ما، وهذه العلاقة تفاعلية بهدف التغلب على الصعوبات وتحقيق التوافق، أي أن الخدمة الإرشادية تهتم بإحداث تغييرات فى قدرة الفرد بحيث تمكنه من اتخاذ قرارات سليمة.

والخلاصة أن العملية الإرشادية عملية تفاعلية تنشأ عن علاقة فردين أحدهما متخصص هو المرشد، والآخر المسترشد، ويقوم المرشد أثناء هذه العلاقة بمساعدة المسترشد على مواجهة مشكلاته ومن ثم تطوير سلوكه وأساليبه فى التعامل مع الظروف التى يواجهها.

أوجه الاتفاق بين التوجيه والإرشاد فى النقاط التالية:

١-استغلال خبرات الفرد العقلية والانفعالية والجسمية والاجتماعية لتحقيق النمو السليم للفرد.

٢-اكتساب مهارات جديدة.

٣-تغيير اتجاهات وسلوكيات خاطئة.

بينما يمكن تحديد أوجه الاختلاف بين أوجه الاختلاف بين التوجيه والإرشاد فى النقطة التالية:

١-التوجيه يتسم بالاتساع والشمولية، حيث يشمل مجموع الخدمات التى تهدف إلى مساعدة الفرد ويغلب عليه الطابع النظري، فى حين أن الإرشاد هو مجموعة الإجراءات التى تتضمن النصائح والتشجيع وتقديم المعلومات، وهو العلاقة التى يحاول فيها شخص متخصص مساعدة شخص آخر ليفهم ويحل مشاكل عدم التوازن لديه، والتي تتمثل فى مواقف الحياة المختلفة الدراسية والمهنية-والأسرية – والاجتماعية ويغلب على الإرشاد الطابع العملي التطبيقي.

الإرشاد النفسي بين العلم والفن:

إن الإرشاد النفسي علم وفن وممارسة، حيث أنه فن التواصل مع الناس، فن الوصول إلى قلوبهم دون إثارة مخاوفهم أو قلقهم ودون إثارة ميكانيزمات الدفاع ضد التغير، والمهارات المطلوبة لمثل هذا النوع من التواصل فى عمل المرشد النفسي مع الأفراد هى الصبر والفهم والقبول والاهتمام.

إن الإرشاد النفسي علم تطبيقي فى المقام الأول، وهو مهنة تستمد جذورها من تلاقى وتداخل معارف كثيرة مستمدة من مجالات علم النفس والاجتماع والأنثروبولوجيا والتربية والاقتصاد والفلسفة أما أن الإرشاد النفسي ممارسة فذلك واضح فى أنه يدور حول الهداية إلى السلوك الأمثل من خلال أساليب خاصة والتي تتعلق بدورها بالتأثير فى السلوك وتغييره بالطبع، وهو يتعلق أولاً بتغير السلوك الإرادي.

علاقة الإرشاد النفسي بالعلوم الأخرى:

توجد علوم مساعدة تهدف إلى تحقيق توافق الفرد مع نفسه وبيئته وهي تشترك مع الإرشاد النفسي فى هذا الهدف ومن هذه العلوم ذات العلاقة القوية بالإرشاد النفسي ما يلى:

١-الإرشاد النفسي وعلم النفس:

أن علم النفس هو الدراسة العلمية للسلوك الإنساني، فهو يهتم بدراسة السلوك الحركي، كالمهارات الحركية مثل: المهارة الميكانيكية، ومهارة الكتابة والعزف والرسم، كما يهتم بطرق اكتسابها ووسائل تنميتها للوصول إلى الدقة والسرعة فى إجرائها.

ويهتم بدراسة السلوك اللفظي المتمثل فى المحصول اللغوي عند الطفل والكلمات والألفاظ الشائعة فى كل سن واهتمامه بالقدرة اللغوية وطرق اكتساب اللغة والمعاني.

ويهتم بدراسة السلوك العقلي الذي يطلق عليه التنظيم العقلي، ويشمل: الذاكرة والذكاء والقدرات العقلية، والتخيل والتفكير بأنواعه.

ويهتم بدراسة السلوك الانفعالي: ويطلق عليه اسم التنظيم الانفعالي – ويشمل دراسة الشخصية والانفعالات، والدوافع والميول والاتجاهات والقيم، ويهتم علم النفس أيضاً بالسلوك الاجتماعي ويشمل: دراسة الجماعة والقيادة والتفاعل الاجتماعي واكتساب الشخصية الاجتماعية والتطبيع الاجتماعي والتفكير الجماعي.

ميادين علم النفس:

ينقسم علم النفس إلى عدة ميادين تختلف باختلاف موضوع الدراسة والمنهج المستخدم فيها ... وهذه الميادين تنقسم إلى مجالين كبيرين هما:

أ-الميادين النظرية.

ب-الميادين التطبيقية.

أولاً: الميادين النظرية:

يقصد بالميادين النظرية لعلم النفس: تلك التى تعنى بالقضايا النظرية العامة فى العلم، أو القضايا التى تمثل مشكلات عامة وقد يكون لها مظهر تطبيقي وقد لا يكون.

ومن ميادين علم النفس النظرية:

١-علم النفس العام:

وهو علم نظري يعنى باستخلاص المبادئ العامة، ويعنى بدراسة النفس الإنسانية على الإطلاق بغض النظر عن فائدة هذه المبادئ فى الحياة العامة، فيتطرق لسيكولوجية الأفراد، والدوافع التى تدفعهم إلى السلوك، كما يبحث فى القوانين العامة لعلم النفس، مثل : الإحساس والإدراك والانتباه والتذكر والتصور والتخيل والتفكير، والانفعال والشخصية.

٢-علم النفس الفسيولوجي:

فعلم النفس هو دراسة السلوك الإنساني، وعادة ما يحتوى السلوك على مظاهر من المعرفة، إلى الوجدان، إلى التفكير... ولعل السلوك يصدر أساساً عن الوظيفة الرئيسة للجهاز العصبي، ومركز هذه الوظائف هو المخ، والمخ مكون من الألياف والخلايا العصبية والوصلات

العصبية، وكل ذلك يعمل بنبضات كهربائية بطريقة خاصة، وأي تلف أو خلل فى الشحنات الكهربية سيؤدى إلى اضطراب فى وظيفة الخلية العصبية المسئولة عن السلوك والوجدان والتفكير، ومن هنا تنشأ الاضطرابات النفسية والعقلية.

وعلى هذا فعلم النفس الفسيولوجي هو دراسة العلاقة بين الجهاز العصبي والسلوك.

٣-علم نفس الاجتماعي:

يمتاز علم النفس الاجتماعي فى مجاله الحيوي الواسع باهتمامه بدراسة الإنسان ككائن اجتماعي-كيف يفكر ويشعر ويسلك فى المواقف الاجتماعية.

أي كيف يؤثر الإنسان ويتأثر بالآخرين ... وبعبارة أخرى يبحث علم النفس الاجتماعي فى سلوك الإنسان من حيث هو فرد يعيش فى جماعة يؤثر فيها ويتأثر بها.

إن أهم ما يعنى به علم النفس الاجتماعي هو السلوك الاجتماعي للفرد، ولكي نفهم سلوك الفرد الاجتماعي لابد وأن ندرسه كقوة فعالة فى مجاله الاجتماعي... فالإنسان يولد فى المجتمع والحاجة إلى المجتمع تولد فيه، وللمجتمع تأثير كبير على سلوك الأفراد فالفرد يأتي إلى المجتمع مزوداً باستعدادات فطرية تدفعه إلى النمو والسلوك، والمجتمع هو الذى يصبغ هذا السلوك بالصبغة الاجتماعية.

ويدرس علم النفس الاجتماعي كذلك: المؤثرات الاجتماعية المختلفة التى تؤثر على الأفراد منذ الطفولة الأولى، كما يعنى بأنواع الجماعات وأثرها على الأفراد، إلى جانب ذلك: يدرس علم النفس الاجتماعي الدعاية والقيادة والرأي العام، وعوامل الانحلال التى تصيب الأفراد والمجتمعات ويهتم بدراسة سيكولوجية الإشاعات، وهذا كله بهدف اكتشاف المبادئ القوانين العامة التى تفسر السلوك الاجتماعي.

٤-علم نفس الشواذ:

وهذا الفرع من فروع النفس يهتم بدراسة فئات معينة من المجتمع وهم الذين يتميزون بسلوك غير سوى أو غير مألوف (شاذ)، كما يتناول العوامل المختلفة المؤدية إلى هذا السلوك، ويندرج تحت هذه الفئات:

-الاضطرابات النفسية: مثل القلق المرضى والهستيريا، وتوهم المرض والوساوس والأفعال القسرية، والمخاوف المرضية وغير ذلك.

-الاضطرابات العقلية: مثل الفصام، البارا نويا، الهوس والاكتئاب.

-الانحرافات السلوكية: مثل الجناح والسرقة والكذب والانسحاب والبعد عن الجماعة والسلوكيات المضادة للمجتمع.

ولذلك فإن هذا الفرع من فروع علم النفس يهتم بالتعرف على سيكولوجية هذه الفئات بهدف مساعدتهم على التوافق والتعبير عن ذاتهم بصورة أفضل، ويعتبر هذا العلم حلقة اتصال بين علم النفس والعلوم الطبية.

٥-علم النفس الارتقائي:

يهتم هذا النوع من فروع علم النفس بدراسة نمو الفرد منذ كونه جنيناً حتى مرحلة الشيخوخة، وتتناول هذه الدراسة مظاهر النمو المختلفة مثل: النمو الحركي، والجسمي، والنمو العقلي والانفعالي والاجتماعي، كما يدرس هذه المظاهر فى مراحل النمو المختلفة، مرحلة ما قبل الميلاد، مرحلة المهد، مرحلة الطفولة المبكرة، الطفولة المتوسطة والمتأخرة، مرحلة المراهقة، مرحلة الرشد، مرحلة وسط العمر، ومرحلة الشيخوخة. والغرض من هذا التقسيم النظري هو مساعدتنا فى فهم ظواهر النمو المختلفة، ولذلك يهدف علم النفس الارتقائي إلى دراسة نمو السلوك البشرى وتطور الوظائف النفسية فى مراحل حياة الإنسان المختلفة لتحديد أحسن الشروط البيئية الممكنة التى تؤدى إلى أحسن نمو ممكن ولتيسير اكتساب أنسب أساليب التكيف الاجتماعي، مما يجعلنا أكثر قدرة على فهم شخصية الطفل وسلوكه ودوافعه واتجاهاته فى مراحل حياته المختلفة، ويجعلنا أكثر قدرة على توجيهه وتربيته.

٦-علم النفس الفارق:

هو فرع من فروع علم النفس يهتم بدراسة الفروق الفردية بين الأفراد أو بين المجموعات والأجناس والسلالات المختلفة، وذلك فى الخصائص النفسية الأساسية، وأسباب وجود هذه الفروق وأثر كل من الوراثة والبيئة فيها، ويستخدم علماء النفس فى هذه الدراسة الاختبارات والمقاييس المختلفة لقياس الذكاء والقدرات العقلية المختلفة، وتقدير الفروق فيما بين الأفراد والجماعات المختلفة والتباين داخل المجموعة الواحدة فى تلك الخصائص النفسية.

٧-علم النفس التجريبي:

يعتبر هذا الفرع أقدم فروع علم النفس، وهو يهتم بدراسة العمليات السلوكية دراسة معملية مثل الدراسات التى تتناول العلاقة بين المثير والإحساس به، والدراسات الخاصة بزمن

الرجع، والعتبات الفارقة، كما يهتم بالدراسات المعملية فى مجال التعلم والشخصية والاضطرابات النفسية.

وقد تطور علم النفس التجريبي تطوراً سريعاً بفضل إجراء التجارب على الحيوان حيث يتم معرفة الأسس السيكولوجية العامة لسلوك الإنسان من خلال إجراء التجارب على الحيوان، فلقد وجد علماء النفس أنهم يستطيعون التحكم فى المواقف التجريبية للحيوانات أفضل منها عند الإنسان:

-فمن الممكن ضبط البيئة الخارجية مع الحيوانات بدرجة أكبر مما يمكن مع الإنسان.

-كما أن مدى حياة معظم الحيوانات أقصر من مدى حياة الإنسان.

هذا وقد أدى اتساع نطاق دراسته إلى شمولها جميع أنواع العمليات السلوكية تقريباً، ولذلك امتلأت معامل علم النفس بالعديد من الأجهزة، وأصبح لدينا كثير من المتخصصين فى الدراسات المعملية ونشرت العديد من الدراسات المعملية فى المجالات العلمية المختلفة، وظهرت مجلة علم النفس التجريبي التى تتولى نشر ما يجرى من تجارب معملية.

٨-علم النفس لذوي الاحتياجات الخاصة:

هذا الفرع يهتم بمعنى فئات ذوي الاحتياجات الخاصة وتصنيفها والتطور التاريخي للتربية الخاصة وماهية تلك الفئات والعوامل المسببة المرتبطة بها وأبعادها النفسية والتربوية ويتناول هذا الفرع الأطفال ذوي الحاجات كلاً من الموهوبين والمعاقين أيضاً والذين يعانون من إعاقة سمعية أو بصرية أو جسمية أو عقلية أو سلوكية أو لغوية أو تربوية.

ثانياً: الميادين التطبيقية:

هى ميادين تهتم بطرق تطبيق ما توصل إليه البحث النظري العلمي فى الفروع النظرية على مجال من مجالات النشاط البشرى فى التربية والصناعة والتجارة والجيش والشرطة والطب؛ ومن هذه الفروع التطبيقية ما يلي:

١-علم النفس التربوي:

هو الدراسة العلمية لعملية لعلمية النمو التربوي كما تمارسه المدرسة، فلم يعد علم النفس مقصوراً على التحقق من صحة تطبيق المبادئ التربوية فحسب، بل إنه أقام فى ميادين متعددة طائفة من المناهج لبحث المشكلات التربوية التى لم تكن تخطى من علم النفس بمعالجة شاملة كتدريس المواد المختلفة، وتطبيق الطرق الحديثة من أجد تقدير التحصيل التعليمي،

وطرق التعليم والتعلم والتفكير والاستدلال وقياس الذكاء والقدرات وتشخيص التأخر الدراسي وغيرها.

هذا وقد ظل علم النفس التربوي حتى عهد قريب أقرب إلى علم النفس التعليمي بمعنى أن اهتماماته كانت تنصرف أساساً إلى التعلم: ماهيته، وما أنواعه وما دوافعه - إلى أن اتضح لعلمائه أن التعلم استجابة للنضج، وأن التعليم يواجه الاستعداد الذى يحققه النمو، ومن هنا بدأت سيكولوجية النمو تتصدر مؤلفات علم النفس التربوي وذلك لدراسة الاستعدادات والنضج وتفتح القدرات التربوية، يضاف إلى ذلك سيكولوجية المعلم باعتبار أن نفسية المعلم مشكلة تستدعى الدراسة والانتباه لكى تؤتى العملية التربوية كاملة ثمارها المرجوة.

٢-علم النفس الصناعي:

يهدف علم النفس الصناعي إلى تحقيق هدفين هما:

-زيادة الإنتاج.

-تحقيق التوافق المهني للعمال، وذلك من خلال:

أ-وضع العامل فى العمل الذي يلائمه من خلال عملية التوجيه المهني والاختيار المهني.

ب-تكييف العمل نفسه بحيث يلائم العامل -وذلك عن طريق: إزالة العوامل المؤدية إلى التعب، كالظروف الطبيعية للعمل من ناحية الإضاءة والتهوية ودرجة الحرارة والرطوبة.

جـ-بحث الروح المعنوية للعمال للتعرف على احتياجات العمال ودراسة الحوافز والرواتب ومدى ملاءمتها لطبيعة العمل، وبحث مشكلات العمال، إلى جانب دراسة سيكولوجية القيادة فى مجال الصناعة.

٣-علم النفس التجاري:

وهو يعنى بكيفية تصريف المنتجات، أي استهلاكها، فالبضائع تنتج لتستهلك، ولا يوجد إنتاج لغرض الإنتاج فقط، بل لإشباع مطالب الناس.

وعلى هذا يهدف علم النفس التجاري إلى:

-معرفة مطالب الناس من المنتجات المختلفة حتى تشبع هذه الحاجات، فحاجات الأفراد هى أساس النظام الاقتصادي وإشباع هذه الحاجات هو هدف كل نظام اقتصادي.

-ثم دراسة طرق تصريف الإنتاج، مما يتطلب دراسة سيكولوجية البيع والإعلان والدعاية حتى يتقبلها الناس.

٤-علم النفس الحربي:

يبحث علم النفس الحربى فى كيفية توزيع الجنود على المجالات المختلفة وعلى جميع الأسلحة، والتخصصات الموجودة فى الجيش وفقاً لاستعداداتهم ومهاراتهم، كما يعنى بوضع الاختبارات لمعرفة حالات المرض النفسي، وذلك للقضاء على الأمراض النفسية بين الجنود وعلاجها، والغرض من ذلك رفع الروح المعنوية للجنود والضباط، بالإضافة إلى ذلك فعلم النفس الحربى يهتم أيضاً بطرق إعلان الأخبار العسكرية وخاصة التى تتعلق بالانتصارات والهزائم، ويهتم بدراسة الحرب النفسية وسيكولوجية الحرب والسلام، ويتناول مشكلات التدريب والدوافع والاتجاهات المميزة لأنماط التفكير والأفعال فى المؤسسات العسكرية .

٥-علم النفس الجنائي:

ويهتم بتطبيق أسس علم النفس فى المجال الجنائي، ولذلك فإنه يهتم بدراسة سيكولوجية الجريمة والمجرمين وجناح الأحداث، وتطبيق الطرق السيكولوجية فى الكشف والإدانة أو الإقناع أو إعادة تكيف المذنب فى المجتمع إلى جانب ذلك فهو يهتم بدراسة طرق تقويم المجرم فى فترة السجن، ومتابعة أسس المسجونين ورعايتهم، كما يتضمن الرعاية اللاحقة للمجرم بعد قضاء العقوبة وخروجه من السجن لحمايته من العودة إلى الانحراف.

٦-علم النفس الكلينيكي:

هو العلم الذي يتناول تشخيص الأمراض النفسية والعقلية واضطرابات السلوك وعلاجها معتمداً على نتائج دراسات علم نفس الشواذ فى تصنيف هذه الأمراض ووصفها، وهو فى سبيل تحقيق ذلك يستعين بوسائل وأدوات علمية للتشخيص والعلاج، حيث يتم هذا التشخيص والتوجيه والإرشاد والعلاج النفسي فى عيادة أو مكان مشابه مخصص لهذا الغرض، بالإضافة لذلك، فإن علم النفس الكلينيكي يهتم بالوقاية من الأمراض النفسية وبإجراء البحوث المتعمقة على الحالات الفردية بهدف زيادة المعرفة السيكولوجية ولذلك فإن هذا الفرع على اتصال بالعلوم الطبية الأخرى، وإن كان يختلف عن الطب العقلي فى وسائله وإجراءاته.

الإرشاد النفسي وعلم الاجتماع:

يشترك الإرشاد النفسي مع علم الاجتماع فى دراسة الفرد والجماعة والسلوك الاجتماعي والقيم والمعتقدات والعادات الاجتماعية وأساليب التنشئة الاجتماعية.

حيث يهتم علم الاجتماع بدراسة التغيرات الاجتماعية وعملية الحراك الاجتماعي والفروق بين حياة الريف والحضر وبالتالي يستفيد الإرشاد النفسي من علم الاجتماع فى التعرف على هذه التغييرات التى تطرأ على المجتمع وذلك لاختلاف أفراد المجتمع من الريف والحضر والبدو، والإرشاد الجماعي يعتمد على مفاهيم أساسية فى علم الاجتماع ويهتم الإرشاد الأسرى بدراسة الأسرة من حيث تركيبها وتأثيرها على الفرد وتنشئته الاجتماعية.

الإرشاد النفسي والعلاج النفسي:

إن العلاج النفسي صورة من صور مناقشة مشكلات ذات طبيعة انفعالية، يقوم فيها مرشد متخصص بتكوين علاقة مهنية من نوع ما مع مريض يسعى إلى إزالة أو تعديل أو تأخير أعراض معينة أو تغيير أنماط سلوك ظاهري وغايته من ذلك كله تعزيز وتقوية الجوانب الإيجابية فى شخصيته النامية وتطويرها.

ولذا يدخل فى العلاج النفسي كل الأنواع التى تحقق هذه الغاية والتي قد يكون منها المساعدة والتوجيه والإرشاد والتعلم .... إلخ ولم يعد العلاج النفسي مقصوراً على مجرد إزالة بعض الأعراض المرضية التى يشكو منها الفرد بل إنه يتصدى لعلاج الاضطرابات السلوكية التى يعاني منها بعض الأفراد.

وهنا نلاحظ مدى الصلة الوثيقة بين العلاج النفسي والإرشاد النفسي.

الإرشاد النفسي والتربية:

علاقة الإرشاد بالتربية علاقة تكامل، حيث إن التربية الحديثة تعتبر عملية الإرشاد جزءاً لا يتجزأ منها، والعلاقة بينهما متبادلة حيث يتضمن الإرشاد عمليتي التعلم والتعليم فى تغيير السلوك، وتتضمن التربية عملية التوجيه والإرشاد، حيث تعرف التربية بأنها عملية تنمية لجوانب الفرد المختلفة الجسمية والعقلية والاجتماعية والنفسية والأخلاقية بحيث تؤدى إلى تهيئة الفرد للتعامل مع البيئة التى يعيش فيها وبالتالي فإن هدف التربية هو مزيد من تمايز وتكامل طاقات الفرد ومدى الاستفادة من هذا التمايز والتكامل فى تعلم أساليب النشاط والتعامل مع البيئة فالتربية عملية نمو وتعلم وبالتالي تحقيق النمو الكامل المتكامل للفرد.

ولو نظرنا إلى الإرشاد النفسي فهو يسعى إلى تقديم خدمات ومساعدات لتحقيق هذا الغرض من التربية ويساعد أيضاً فى تعديل أو إزالة بعض المعوقات التى قد تعترض عملية التنمية التى تنشدها التربية.

الإرشاد النفسي والطب النفسي:

يشترك الإرشاد مع الطب النفسي فى تقديم المساعدة للذين يعانون من اضطرابات سلوكية وذلك داخل مؤسسات اجتماعية أو تربوية أو مراكز الخدمة النفسية.

ويعتبر دور الطب النفسي فى الخدمة النفسية واضحاً حيث يحمل الأطباء النفسيون شهادات فى الطب وهي تختلف عن شهادات المرشدين والمعالجين النفسيين.

ويتعامل الطب النفسي مع حالات الاضطراب السلوكي التى لا يمكن التعامل معها إلا بعد إعطاء الدواء والحقن، أو الصدمات الكهربائية، ويرى أن السلوك المضطرب الناتج عن الأمراض العقلية يختلف عن السلوك المضطرب الناتج عن عيب فى التفكير أو فى الشعور، حيث إن الأمراض العقلية التى تتعلق بعيب فسيولوجي جسمي، أو ترجع لعملية عقلية كيميائية لا تدخل ضمن عمل المرشد، أو المعالج النفسي.

وبالتالي فالطب النفسي هو الذي يميز بين الاضطراب الذي يتعلق بنظام مركز الأعصاب أو يرجع إلى أمراض عقلية جسمية، والاضطراب الذي ينتج عن صعوبات الحياة اليومية أو تناقض المعتقدات والقيم والتي تتدخل بها معايير المجتمع وقيمة فى إصدار حكم على نوعية السلوك.

ولهذا نجد أن الإرشاد النفسي يساعد الأفراد الذين لم يتعلموا السلوك السوي، أو الذين لا يستطيعون تحقيق التوافق بسبب عدم قدرتهم على استيعاب الصراع الذي يعيشونه، مما يسبب لهم قلقاً بدرجة عالية.

الحاجة إلى الإرشاد النفسي:

يحتاج الأفراد فى معظم سنوات حياتهم إلى المساعدة الفنية التى يقدمها أخصائي الإرشاد النفسي سواء كانت هذه المساعدة من الناحية الدراسية أو المهنية أو الشخصية، لذا يجب رسم برامج توجيه الشباب على أسس من حاجات الشباب ودوافعهم وأهم هذه الحاجات ما يلي:

١-الحاجة إلى الاستمتاع بالسعادة الشخصية، ورضا الفرد عن ذاته.
٢-الحاجة إلى فهم وتقدير الاتجاهات والقيم الاجتماعية والأخلاقية والروحية.
٣-الحاجة إلى تنمية الاهتمامات الخارجية والمساهمة فى تقدم الجماعة التى ينتمي إليها الشباب.

٤-الحاجة إلى فهم الذات ومعرفة الإمكانيات واستغلالها إلى أقصى درجة ممكنة.
٥-الحاجة إلى الإشباع العاطفي الذي يتمثل فى الزواج وتكوين الأسرة.
٦-الحاجة إلى تجسيد القيم والمثل العليا فى أبطال واقعيين كالآباء والأساتذة ورواد الفكر.
٧-الحاجة إلى تنمية القدرة على التوجيه الذاتي عند محاولة التوافق مع التغييرات الاجتماعية المستمرة.

وهكذا نجد أن الحاجة إلى خدمات الإرشاد النفسي فى كل مراحل العمر وما يمر به الفرد من مشكلات عادية وفترات حرجة يحتاج فيها إلى إرشاد، وكذلك التغييرات الأسرية التى تطرأ والتي تعتبر من أهم ملامح التغير الاجتماعي، وكذلك التغييرات فى العمل والمهنة وصولاً إلى عصر يطلق عليه عصر القلق المليء بالصراعات والمعاناة من القلق والمشكلات التى تظهر الحاجة إلى خدمات الإرشاد النفسي.

أهداف الإرشاد النفسي:

تكمن أهداف الإرشاد النفسي فى مساعدة الأفراد على تحقيق ذواتهم وحل مشكلاتهم، وأن يسلكوا بفاعلية وعقلانية وأن يزيدوا من استقلالهم ومن قدرتهم على أن يكونوا مسئولين عن أنفسهم وتتلخص أهداف الإرشاد النفسي فى النقاط التالية:

١-التشخيص:

ويقصد به التعرف على المشكلة التى يعانيها الفرد وأسبابها وأعراضها، وهدف التشخيص فى الإرشاد النفسي هو الوصول إلى المعوقات التى تعوق قيام الفرد بوظائفه فى الحياة، فعن طريق تفهم المشكلة يستطيع المرشد والمسترشد معاً وضع أهداف العملية الإرشادية.

والحق أن التشخيص يخدم عدة أهداف، فقد يستخدم لتصنيف مشكلة الفرد وبالتالي وضعها فى فئة من الفئات المعروفة، وهو بهذا يتبع النمط الطبي الذى تكون أول خطوة فيه هو التشخيص ليتمكن من وصف الدواء، ونظراً لأن الإرشاد لا يتبع هذا النمط فليست لديه فئات يصنف المشكلات وفقاً لها، كما أن العلاج ليس واحداً لكل الاضطرابات، لذلك فإن التشخيص عادة ما يكون إعطاء صورة شاملة عن العميل، فجمع المعلومات وضمها فى إطار واحد عن الفرد وموقفه هو الأساس فى اتخاذ القرار وهو جانب هام من جوانب الإرشاد المهني والتربوي.

ولعل أهم جوانب التشخيص فى مساعدة المرشد هو تمكينه من رؤية الحاجات الملحة للفرد، أي تلك الجوانب من المشكلة التى يعاني منها بشكل جاد، فهل هو يحتاج فوراً إلى معلومات أم إلى تدعيم وتوضيح أم إلى الاثنين معاً وهل ما يسرد الفرد هو المشكلة الحقيقية التى يعانى منها أم أنها مجرد واجهة.

ويعتمد المرشد النفسي فى تحقيق هذا الهدف على مناهج متعددة منها دراسة الحالة أو تطبيق بعض المقاييس النفسية والشخصية التى تساعد على التشخيص.

٢-التنبؤ:

من خلال هدف التشخيص لبعض المشكلات التى يعاني منها الأفراد يمكن التعرف على العوامل والأسباب التى ساعدت على ظهور هذه المشكلات وبالتالي يمكن التنبؤ بما يحدث للأفراد إذا توافرت نفس هذه العوامل والأسباب وهنا يستخدم المرشد النفسي الطرق والوسائل التى تحول دون ظهور هذه المشكلات مرة أخرى عن طريق توفير الجو القائم على التعاون والديمقراطية، أو توفير إجراءات وقائية بتوفير شروط الصحة النفسية فى الأسرة أو المدرسة أو العمل.

وهدف التنبؤ أيضاً مساعدة المرشد على تحقيق الوقاية الإرشادية لمساعدة الأفراد على تقبل ما هو متعارف عليه بين الجماعة التى يعيشون فيها وتزويد الأفراد بالوسائل التى تساعدهم على تحقيق مطالبهم فى المراحل العمرية المختلفة، وكذلك مساعدة الأفراد العاديين والمتوافقين مع المجتمع بهدف تطوير إمكاناتهم واستعداداتهم وتوجيه نموهم توجيهاً إيجابياً.

ويمكن كذلك تشجيع الفرد على استغلال قدراته وذلك من خلال إمكان دفع النمو فى المسارات السليمة إما عن طريق إزالة الموانع والعقبات التى تعترضه أو عن طريق تشجيع الفرد على اكتشاف سبل النمو الإبداع المتاحة أمامه.

٣-الهدف العلاجي:

عرضنا فى الهدفين السابقين العوامل والديناميات والأسباب التى أدت إلى أشكال من الانحرافات والاضطرابات التى تؤدى إلى اضطرابات فى شخصية الفرد وبالتالي تؤثر فى كل من التوافق الشخصي والاجتماعي للفرد.

ومن هنا كان اهتمام المرشد النفسي بتقديم المساعدة والعون لهؤلاء الأفراد ذوى الاضطرابات الشخصية فى التغلب على هذه الاضطرابات من خلال تقوية ورفع مستوى النمو الإيجابي فى تطور الشخصية ولا يعنى العلاج هنا مجرد إزالة بعض الأعراض المرضية التى يشكو منها الفرد، بل إنه يتصدى لعلاج الاضطرابات السلوكية التى يعانى منها بعض الأفراد والتي تمنعهم من التوافق الشخصي والاجتماعي فى مجالات الأسرة والمدرسة والعمل والحياة العامة.

ويقوم المرشد النفسي بدور المشجع للفرد على التعبير بحرية تامة عن إحساساته بالنسبة للمشكلة التى يعانيها وذلك من خلال صداقة وعلاقة قوية بين المرشد والفرد هو صاحب المشكلة، وتظهر هنا خبرة وفن المرشد النفسي فى الاستبصار والتعرف على النفس والتأمل وقبول الفرد لنفسه، وينحصر دور العلاج فى إيضاح الاحتمالات والرغبات المختلفة التى يمكن أن يختارها أو يتوجه إليها.

وفى العلاج أيضاً يستعمل المرشد أسلوب الإقناع على أساس أن الفرد لديه قوة داخلية تعاونه على أن يعدل من اضطرابه الانفعالي عن طريق الفهم والمنطق، والإقناع ليس إلا عرض رأى أو فكرة على شخص عرضاً يكون مشفوعاً فى نفس الوقت بما يعتبره فى نظرة أسساً معقولة تسوغ قبوله.

إن الهدف من الإقناع العقلي هو أن تبنى فى المريض إحساساً بالثقة فى النفس ليكون هو سيد نفسه وسيد الموقف وهنا تعلمه أهمية قوة الإرادة وأهمية استعمال العقل والمنطق.

المراجـــــع

١-أحمد محمد الزبادي، هشام إبراهيم الخطيب (١٩٩.) : مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي. عمان : الأهلية للنشر والتوزيع.

٢-حامد عبد السلام زهران (١٩٩٨) : التوجيه والإرشاد النفسي. ط٣، القاهرة: عالم الكتب.

٣-سهام درويش أبو عطية (١٩٨٨) : مبادئ الإرشاد النفسي. الكويت : دار القلم.

٤-عزت حجازي (١٩٨٥) : الشباب العربي ومشكلاته. الكويت، مجلة عالم المعرفة، العدد (٦).

٥-لطفى بركات أحمد، محمد مصطفى زيدان (١٩٨٦) : التوجيه التربوى الإرشاد النفسي. القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

٦-مختار حمزة (١٩٧٩) : سيكولوجية ذوى العاهات والمرضى. جدة : دار المجمع العلم.

٧-ممدوح سلامة (١٩٩.) : الإرشاد النفسي، منظور انمائى. القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

١.-يوسف مصطفى القاضى وآخرون (١٩٨١) : الإرشاد النفسي والتوجيه التربوى. الرياض : دار المريخ للنشر.

الفصل الثاني

وسائل جمع المعلومات

- 🕮 الملاحظة
- 🕮 المقابلة
- 🕮 دراسة الحالة
- 🕮 الاختبارات
- 🕮 الاستبيانات

وسائل وأدوات جمع المعلومات

أولا: الملاحظة

تعتبر الملاحظة واحدة من أهم وسائل جمع المعلومات لدراسة السلوك الإنساني خاصة في المواقف التي يتعذر فيها استخدام أدوات أخرى أو عندما نريد تسجيل سلوك الفرد في وضعه التلقائي الارتجالي لكي نتعرف على الجانب الحقيقي لشخصيته.

أنواع الملاحظة:

تنقسم الملاحظة إلى ما يلي:

١-الملاحظة المقيدة:

فيها تكون عملية الملاحظة مقيدة بمجال أو موقف معين، ومحددة بعدد من البنود المعدة سلفا وتتم أثناء مزاولة نشاط محدد مسبقا مثل ملاحظة الأطفال المكفوفين في مواقف اللعب أو الصم في مواقف العدوان أو ذوي اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد في الفصل.

٢-الملاحظة الحرة:

هي على خلاف الملاحظة المقيدة؛ إذ إن الملاحظة الحرة لا تسير وفق بنود محددة وإنما تبعا لرغبة المرشد النفسي ، ولذلك فهي تحتاج الى شخص على مستوى عال من الكفاءة في استخدام هذا النوع من الملاحظات حتى يستطيع القيام بها ، وتحليل وتفسير نتائجها.

العوامل التي تؤثر على الملاحظة:

١-الانتباه

وهو يتضمن تهيؤ عقلي واهتمام وتركيز ويعد شرطا من شروط الملاحظة الجيدة، والانتباه قد يكون إراديا مقصودا أو لاإرادي نتيجة لشدة بعض المثيرات الخارجية.

٢-الحواس

تعتمد دقة الملاحظة على حدة الحواس المستخدمة في الملاحظة؛ فالشخص الذي يتمتع بحواس سليمة يمكنه أن يلاحظ العديد من المثيرات، وتتأثر الحواس بالظروف النفسية (الانفعالات) أو الجسيمة (كبر السن وضعف السمع) أو البيئة؛ مما يؤثر على قدرة الفرد على الملاحظة.

٣-الإدراك الحسي

يعنى الربط بين ما يشعر به الفرد في الموقف الراهن وما لديه من خبرات سابقة لكي يعطي للإحساس معنى، والإدراك الحسي قد يكون بسيطا أو معقدا أي قد يستخدم فيه عضو واحد من أعضاء الحس أو أكثر، والإدراك عرضة للتشوهات (التحريفات – التزييف) بسب الحالة العقلية، أو الانفعالية أو الجسمية.

٤-التصور الذهني (التخيل)

التخيل هو تصور ذهني لأشياء لا نستطيع إدراكها مباشرة بناء على فروض (حلول محتملة للمشكلة) وكذلك بناء على نظرات وضعت لتفسر ما يحدث، هذا التصور يوحي للمرشد النفسي إمكانية الوصول لحل الموقف المشكل ، وغالبا يلجأ الإنسان الى القيام ببعض الحيل

للتغلب على ما في حدود الخبرات الإدراكية من قصور عن طريق وتصور أو رسم ما لا يستطيع الإنسان أن يدركه مباشرة – فهذه التصورات تمد الفرد بتوقعات جديدة للمشكلة التي يتصدى لحلها.

ثانيا: دراسة الحالـــة

دراسة الحالة طريقة استطلاعية في منهجها حيث أنها تركز على الفرد باعتبارها الوعاء الذي يحتوي على كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها حول مصادرها الممثلة في المقابلة والملاحظة والتاريخ الاجتماعي والفحوص الطبية والاختبارات النفسية تقرير شامل متميز بالتحقيقات التشخيصية والتحليلية المكثفة حول الفرد أو حول أية وحدة اجتماعية حيث يركز الانتباه على العوامل المساهمة في تنمية أبعاد معينة في الشخصية أو تطوير مشكلات خاصة متعلقة بها.

مزايا دراسة الحالـة:

- تعطى أوضح وأشمل صورة للشخصية.
- تيسر فهم وتشخيص وعلاج الحالة.
- تساعد العمل على فهم نفسه بصورة أوضح.
- تفيد في التنبؤ فهي تتيح فهم الحاضر في ضوء الماضي وهنا تلقى نظرة تنبؤيه عن المستقبل.
- لها فائدة إكلينيكية خاصة لأنه يحدث خلالها نوع من التنفيس والتطهير الانفعالي ومن ثم تكوين استبصار جديد بالمشكلة.

عيوب دراسة الحالـــة:

- تستغرق وقتاً طويلاً مما قد يؤخر تقديم المساعدة في موعدها المناسب، وخاصة في الحالات التي يكون فيها عنصر الوقت عاملاً فعالاً.
- إذا لم يجب يحدث تجميع وتنظيم وتلخيص ماهر للمعلومات فإنها تصبح عبارة عن حشد من المعلومات غامض عديم المعنى يضلل أكثر ما يهدى.

ثالثا: اختبارات الشخصيـة

يهتم المرشدون النفسيين بقياس سمات الشخصية أبعادها وأثرها في السلوك والتوافق النفسي ومعظم اختيارات مقاييس الشخصية تؤدى إلى صفحة نفسية تصور موقع العميل بالنسبة لأبعاد الشخصية وسماتها كما يلاحظ أن قياس صعب ومعقد نسبياً، وبعضها قد تشوبه الذاتية ومازالت جهود العلماء تحاول التغلب على ذلك وتتعدد أساليب قياس الشخصية حسب النظرية التي بني في ضوئها الاختبار أو المقياس وحسب وظيفة الشخصية المراد قياسها، ونمط المستمر المعروض في المقياس.

- **وهناك أنواع من اختيارات ومقاييس الشخصية منها:**

١-الاختبارات والمقاييس المقننة (تجريبياً).

٢-الاختبارات والمقاييس التي تستهدف التصنيف والتفسير، ومن أهم الاختبارات الشخصية الاختبارات الإسقاطية حيث يقدم مثيرات غامضة للفرد مثل بقع الحبر – صورة أو أكمل حملة ناقصة حيث يسقط الفرد ما بداخله عليها.

رابعا: المقابلة

تتميز المقابلة عن الوسائل الأخرى بأنها يمكن من خلالها الحصول على معلومات يصعب الحصول عليها بوسائل جمع المعلومات الأخرى مثل التعرف على مشاعر الشخص وأفكارها والتعبيرات غير اللفظية التي تصدر عنها مثل إيماءات الوجه وحركات اليدين ... وغيرها من السلوكيات التي تكون ذات أهمية عند تفسير حالة الشخص، كما أنها تعتبر فرصة للتنفيس عما بداخل الشخص من صراعات وإحباطات ومشاعر مكبوتة.

أنواع المقابلة:

يختلف نوع المقابلة باختلاف عدد المشاركين فيها، وحسب الأسلوب المتبع فيها، والهدف الذي تسعى لتحقيقه، ونوع المشكلة التي تعالجها وفيما يلي تفصيل هذه الأنواع:

أولا: حسب عدد المشتركين فى المقابلة؛ حيث تنقسم إلى:

١-المقابلة الفردية

هي تلك المقابلة التي تتم بين المرشد والشخص فقط، ويستخدم هذا النوع من المقابلات حينما تتطلب حالة الشخص السرية التامة بسبب طبيعة المشكلة التي تعانى منها.

شروط المقابلة الفردية

(١) عدم وجود شخص ثالث
(٢) عدم وجود تسجيل سواء بعلم الشخص أم بدون علمه.
(٣) عدم وجود ملف مكتوب عليه أسم الشخص
(٤) عدم كتابة ما تقوله الشخص للباحث
(٥) التعاطف (التعامل مع الشخص كما لوكنت مكانها)
(٦) الحيادية قدر الإمكان

٢-المقابلة الجماعية:

هذا النوع من المقابلات يتم بين المرشد ومجموعة من الأشخاص ذوي المشكلات التربوية والنفسية أو السلوكية المتشابهة إلى حد ما، ويصل عدد المشتركين فيها ما بين (٣ – ١٠) شخص .

- وتتيح المقابلة الجماعية لكل فرد من أفراد المجموعة الشعور بالطمأنينة والأمن النفسي والتي تنبع من شعور كل منهم بأنهم ليس وحدهم فقط الذين يعانين من مشكلات، كما أنها تتيح لهم الفرصة لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي وتعلم أساليب تواصل جديدة تفتح لهم أبواب جديدة على الحياة
- من بين مزايا المقابلة الجماعية ما يلي:
- التشجيع على التعبير والمشاركة.
- تحقيق مهارة الاتصال الاجتماعي.
- إمكانية الحصول على أكبر قدر ممكن من الفهم والاستبصار في جو مفعم بالخبرات المختلفة داخل الجماعة.
- أما عيوب المقابلة الجماعية فتنحصر فى الآتي:
- قد يكون الخجل والخوف عائقا أمام البعض للمشاركة في هذه المجموعات.
- يحتاج المرشد إلي مستوى عال من الخبرات والمهارات والمعرفة بدينامية الجماعة والتفاعل.

- لا تنجح المقابلة الجماعية ما لم يكن أفراد المجموعة في حالة إعداد وانسجام مسبق، وتقارب في السن والثقافة والمستوى الاقتصادي، ونوعية المشكلات ودرجة حدتها.

خطوات إجراء المقابلة:

أولا: مرحلة الإعداد:

هذه الإجراءات المتبعة في تلك المرحلة:

- الحصول على بعض المعلومات عن الشخص من خلال ما يتوفر عنه من مصادر جمع المعلومات الأخرى (كالسجلات المجمعة أو دراسة الحالة).
- تحديد نوع المقابلة الملائمة، وذلك طبقا لنوع المشكلة التي تعاني منها الشخص وطبقا لنوع المعلومات المطلوبة، وعادة يفضل البدء بالمقابلة الحرة (غير المقيدة) وذلك للحصول على أكبر قدر من المعلومات عن المشكلة التي يعاني منها الشخص.
- يفضل أن يكون موعد المقابلة مناسبا لكل من المرشد والشخص أو الأشخاص وذلك بالاتفاق بين الطرفين، ويجب أيضا تحديد الوقت الذي تستغرقه المقابلة حتى تحرص الأشخاص على عرض الموضوعات ذات الأهمية قبل انتهاء الوقت المحدد.
- يفضل أن يكون مكان المقابلة بعيدا عن الضوضاء والمشتتات وأن يكون الأثاث مريحا ومنسقا والإضاءة مناسبة وإلا تكون المقابلة من وراء مكتب حتى لا تشعر الشخص بانفصاله عن المرشد أو أنه يمثل مصدرا للسلطة.

ثانيا: مرحلة البدء:

- يبدى الشخص في بداية الجلسات ألوانا من المقاومة كالصمت والتهرب من الحديث وغير ذلك من أساليب المقاومة، لذلك تهدف تلك المرحلة إلى إزالة التوتر والجمود وتوفير جو متبادل من الثقة، ويتم ذلك وفقا للإجراءات التالية:
- تبدأ المقابلة ببعض الأحاديث العادية كتلك التي تدور عادية بين الأشخاص في جلساتهم الاعتيادية، وقد تتناول هذه الأحاديث أحوال الطقس مثلا أو تدور حول اهتمامات الشخص وميوله، ثم الاستفسار عن السبب الذي دعاه إلى طلب المساعدة. ويحاول المرشد خلال هذه المرحلة تشجيع الشخص على الكلام والتأكيد على سرية ما سوف يدور بينهما.
- وفى هذه المرحلة يتم بناء جو من الألفة والثقة المتبادلة بين المرشد والشخص وذلك بتهيئة الجو النفسي المناسب الذي يشعر خلاله الشخص بالقبول والدفء، ومما لا شك فيه إن نجاح المرشد في إقامة ايجابية مع الطالب في المقابلة الأولية والمقابلات التالية من أهم العوامل التي تقف وراء نجاح المقابلة وتحقيق أهدافها.
- من مهام المرشد في هذه المرحلة أيضا التعرف على السمات الرئيسية التي تميز شخصية الشخص وكذلك استعداداتها وميولها واتجاهاتها .. الخ. وذلك بهدف التعامل مع الشخص بشكل فعال وبناء.

ثالثا: مرحلة الإنهاء:

- بعد بدء المقابلة وتحقيق أهدافها تأتى المرحلة الأخيرة للمقابلة وهي مرحلة الإنهاء أو الإقفال، ويجب أن يكون إنهاء المقابلة متدرجا وليس فجائيا وإلا يشعر الشخص بالرفض والإحباط.

رابعا: الاستبيان

يعتبر الاستبيان أو الاستقصاء أداة ملائمة للحصول على معلومات وحقائق مرتبطة بموضوع معين، ويقدم الاستبيان في شكل سؤال أو مجموعة من الأسئلة يطلب الإجابة عنها من قبل عدد من الأفراد المعنيين بموضوع الاستبيان.

أشكال الاستبيان:

(١) الاستبيان المغلق

هو الاستبيان الذي يطلب من المفحوص اختيار الإجابة المناسبة من مجموعة من الإجابات مثل نعم / لا أو دائما / أحيانا/ نادرا.

(٢) الاستبيان المفتوح

هو الاستبيان الذي يترك للمفحوص حرية التعبير عن آرائه بالتفصيل.

(٣) الاستبيان المغلق المفتوح

هو الاستبيان الذي يجمع بين الاثنين السابقين.

قواعد ومعايير صياغة الاستبيان:

- أن تصاغ الأسئلة بعبارات سهلة واضحة لها معان محددة
- أن تستخدم الكلمات العامة الشائعة والابتعاد عن الكلمات الفنية المتخصصة أو الكلمات غير الشائعة
- أن يتضمن السؤال الواحد فكرة واحدة فقط
- أن ترتبط أسئلة الاستبيان بمشكلة البحث وتحقيق هدف جمع المعلومات عن المشكلة.
- أن ترتب الأسئلة بشكل منطقي متسلسل.
- (٦) أن نبتعد عن الأسئلة التي تتطلب إجابات قد تشعر المفحوص بالإحراج

الفصل الثالث

مجالات الإرشاد النفسي

- 🕮 الإرشاد التربوي
- 🕮 الإرشاد الأسرى
- 🕮 إرشاد الأطفال
- 🕮 إرشاد الشباب
- 🕮 الإرشاد الزواجي
- 🕮 الإرشاد العلاجي

الإرشاد التربوي

مقدمة

هو عملية مساعدة الفرد في رسم الخطط التربوية التي تتلاءم مع قدراته وميوله وأهدافه وأن يختار نوع الدراسة والمناهج المناسبة والمواد الدراسية التي تساعده في اكتشاف الإمكانات التربوية فيما بعد المستوى التعليمي الحاضر، ومساعدته في النجاح في برنامجه التربوي و المساعدة في تشخيص وعلاج المشكلات التربوية بما يحقق توافقه التربوي بصفة عامة، ويهدف الإرشاد التربوي إلى تحقيق النمو الشامل للطالب ولا يقتصر ذلك على مساعدته في ضوء قدراته وميوله في المحيط المدرسي فحسب بل يتعدى ذلك إلى حل مشكلاته وتوثيق العلاقة بين البيت والمدرسة، وتغيير سلوك الطالب إلى الأفضل تحت مظلة الإرشاد النفسي ،وهذا بدوره يقود إلى تحقيق الهدف نحو تحسين العملية التربوية.

تعريف الإرشاد التربوي

مجموعة من الخدمات التربوية تعمل على الجوانب النفسية والاكاديمية والاجتماعية والمهنية لدى الطالب، بحيث تهدف إلى مساعدته على فهم نفسه وقدراته وإمكاناته الذاتية والبيئية واستغلالها في تحقيق أهدافه وبما يتفق مع هذه الإمكانيات (الذاتية والبيئة).

أهداف الإرشاد التربوي:

١. أحداث التغير الإيجابي في سلوك الطالب.
٢. العمل على خلق جو مناسب للتعلم والتعليم.
٣. التنمية والاهتمام بشخصية الطالب الجسمية، العقلية، الاجتماعية.
٤. التنمية والاهتمام بقدرات الطلاب على كافة المستويات.
٥. المحافظة على الصحة النفسية للطالب.
٦. مساعدة الطالب لتحقيق ذاته.
٧. مساعدة الطالب لتحقيق التوافق على المستوى الشخصي والتربوي، المهني.
٨. تحسين وتطوير سير العملية التربوية، من خلال العلاقة مع الأهل، الهيئة التدريسية والمجتمع المحلي.

٩. تحديد الأوضاع والظروف النفسية والاجتماعية والتربوية التي يواجهها الطلاب، بما في ذلك تحديد المشاكل التي يواجهونها، وذلك من خلال الاختيارات والفحوصات التي يقوم بها المرشد التربوي داخل المدرسة.

وفيما يلي دراسة توضح الإرشاد التربوي

فعالية استراتيجية دراسية للتغلب على قلق التحصيل لدى طلاب الجامعة

أ.د /أشرف أحمد عبد القادر
أستاذ الصحة النفسية ووكيل كلية التربية
للدراسات العليا والبحوث

أ.د/ إسماعيل إبراهيم بدر
أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية
كلية التربية ببنها

مشكلة الدراسة

أصبح واضحاً منذ السنوات الأخيرة من القرن السابق أمام علماء النفس المهتمين بمشكلات التنبؤ بالإنجاز والتحصيل أهمية وضع متغيرات الشخصية المتعددة فى الاعتبار، بدلاً من التركيز على الذكاء وأسلوب المعلم كما كان سائداً فى الدراسات والبحوث السابقة.

وطبقاً لهذا الاهتمام المتزايد بمتغيرات الشخصية الأخرى اتسعت دائرة الدراسات لتناول العلاقة بين مركز التحكم الداخلي والخارجي وقلق الامتحان وتقدير الذات وبين التحصيل وهذا ما أشار إليه كل من وليامز (١٩٩٦) Williams محمد الطيب (١٩٩٨) وبيرد (١٩٩٨) Pyrd ودراسات أخرى اهتمت بالمتغيرات غير المعرفية مثل الدوافع وكفاءة عملية التعلم وعادات واتجاهات الدراسة وهذا ما أكده كل من أنتويستل وكوزيكي (١٩٨٥) Entwistle and Kozeki من حيث أهمية المتغيرات غير المعرفية على التحصيل الدراسي لدى الطلاب.

وظهر الاهتمام بدراسة القلق وأصبح عنواناً للعديد من الدراسات النفسية سواء تلك التى تهتم بالسلوك المضطرب لدى الفرد أو تلك التى ترتبط بالتحصيل والامتحان كشكل محدد من القلق المرتبط بمواقف التقويم والنجاح وعادات الاستذكار، واتضح أن القلق يؤثر فى التحصيل ويظهر ذلك فى شعور الطلاب بالقلق أثناء الاستجابة للمواقف الدراسية والتى تشمل عادات الاستذكار ودافعية واستمرار الطلاب فى الدراسة وكذلك مواقف الامتحان.

إن القلق بشكل عام حالة من التوتر الشامل يعاني منها الطلاب وتؤثر فى العمليات العقلية كالإدراك والتفكير والانتباه والتذكر وهذه العمليات تعتبر من متطلبات النجاح فى الدراسة وبالتالي فإن حالة التوتر والقلق هذه تؤثر فى تحصيل الطلاب تأثيراً سلبياً، وأنه من الطبيعي للطلاب القلق فى بعض الأوقات خلال الدراسة ومن الطبيعي أيضاً التعبير عن انفعال القلق مرة عالياً ومرة منخفضاً تبعاً للمهام الموكلة لهم، ومنها الغضب والإحباط فى وقت ما والسرور والبهجة عند الوقت الآخر.

ولكن إذا وصل القلق إلى حالة يشعر فيها الطلاب بالعجز من ضغوط الدراسة والامتحانات ونتائجها، هنا يصبح القلق معوقاً ويقلل من العمل بفعالية وكفاءة، وهذا ما دعا سوين (١٩٦٨) Suinn لأن يؤكد أن الكثير من طلاب الجامعة يفشلون فى دراساتهم بسبب عدم قدرتهم على التغلب على مواقف القلق والاضطراب التى تؤثر على تحصيلهم الدراسي.

ويعتبر قلق التحصيل Achievement Anxiety مشكلة حقيقية تواجه كثيراً من الطلاب ويزداد نسبة انتشاره بين الطلاب فى مختلف المراحل التعليمية حيث أكدت دراسات كل من ديناتو (١٩٩٥) Denato وهمبرى (١٩٩٧) Hembree أن قلق التحصيل ينمو طردياً بتقدم سنوات الدراسة، وأن طلاب المرحلة الجامعية يعانون بدرجة أكبر من قلق التحصيل بالمقارنة بطلاب المراحل التعليمية الأخرى.

وتطورت النظرة إلى قلق التحصيل منذ أن قام كل من ألبرت وهابر (١٩٦.) Alpert and Haper بتصميم اختبار لقلق التحصيل Achievement Anxiety Test وصولاً إلى شابين (١٩٩٦) Chapin الذى ربط بين قلق التحصيل وقلق الاختبار وكذلك كل من بيرد (١٩٩٨) Pyrd وبويتين (١٩٩٩) Boutin حيث تناولا فى دراساتهما علاقة قلق التحصيل بعادات الاستذكار والاتجاه نحو الدراسة.

ومن هنا كان الاهتمام بدراسة قلق التحصيل لدى الطلاب حيث أوضح بيرد (١٩٩٨) Pyrd أن قلق التحصيل يمثل ظاهرة ذات بعد واحد وليست أبعاداً متعددة وذلك إشارة إلى عادات الطلاب واتجاهاتهم نحو الدراسة، فى حين أكد واطسون (١٩٨٨) Watson أن قلق التحصيل يتضمن بعدان هما الضغوط الدراسية وقلق الامتحان.

(Watson, 1988, 59.)

وقام كل من أشرف عبدالقادر وإسماعيل بدر (١٩٩٩) بدراسة عن التنبؤ بقلق التحصيل من خلال عادات الاستذكار لدى طلاب المرحلتين الثانوية والجامعية وتوصلا إلى أن مكونات قلق التحصيل تتمثل فى الضغط النفسي أثناء الاستذكار والضغط النفسى قبل الامتحان والخوف والرهبة من الأستاذ والاضطرابات الجسمية والفسيولوجية المصاحبة لقلق التحصيل، كما اتضح أنه يمكن التنبؤ بقلق التحصيل من خلال بعض العوامل المرتبطة بعادات الاستذكار لدى طلاب المرحلتين الثانوية والجامعية وأن طلاب الجامعة تميزوا بأنهم أقل تنظيماً للوقت ولا يتبعون أساليب جيدة للاستذكار بالمقارنة مع طلاب المرحلة الثانوية وأن الطلبة يعانون أكثر فى قلق التحصيل بالمقارنة بالطالبات فى المرحلتين الثانوية والجامعية وأوصت الدراسة بضرورة وضع استراتيجية لمساعدة طلاب الجامعة للتغلب على قلق التحصيل، وهذا ما تتبناه الدراسة الحالية.

وبالنظر فى التعليم الجامعي نجد أنه يهدف إلى إعداد الطالب ليكون مسئولاً عن نفسه ومحققاً لذاته وممارساً لأدواره الجنسية والاجتماعية، ومسئولاً عن قراراته الهامة وتكوين فلسفة خاصة للحياة، وقادراً على توظيف ما يتعلمه فى الجامعة ليستفيد منه فى الحياة العملية.

كما يتبين أن التعليم فى الجامعة مازال يعتمد على عمليات الحفظ واستدعاء المعلومات فى الامتحانات كطريقة قديمة لا تصلح فى المدارس عامة والجامعة خاصة، لأن هناك جوانب عقلية أخرى يجب الاهتمام بها منها المهارات الخاصة بعادات الاستذكار والاعتماد على الفهم ومشاركة الطلاب فى الأنشطة الدراسية المتعددة التى تساعد الطلاب على التعلم الذاتي. ولهذا فقد نادى فليمنج وآخرون (١٩٩٣) **Fleming and Others** بضرورة الاهتمام بطرق التدريس التى تعتمد على الفهم وتبتعد عن الحفظ الآلى.

ومن استعراض الدراسات والبحوث السابقة اتضح أن معظمها يركز على تقديم برامج إرشادية وفنيات علاجية لتعديل عادات الاستذكار أو لتخفيف قلق الامتحان كل على حدة لمحاولة رفع مستوى تحصيل الطلاب ومساعدتهم على النجاح، وعلى الرغم من أن عادات الاستذكار وقلق الامتحان من أهم العوامل التى تؤثر على تحصيل الطلاب، إلا أن قلق التحصيل يشتمل على جوانب متعددة أخرى أشار إليها أكريس (١٩٩٥) **Acres** وهى القدرة والاستعداد للدراسة، والدافعية والإصرار والتصميم على النجاح وكذلك معدل العمل والذى يعنى تعديل وتحسين عادات الاستذكار وقلق الامتحان والفنيات التى تساعد على تخفيفه وأخيراً كيف يتعايش الطلاب مع الضغوط التى تسبب قلق التحصيل.

وحديثاً اتجه بعض الباحثين أمثال فانزيل وكارول (١٩٩٨) Vanzil and Carol، وكولينز (١٩٩٩) Collins إلى استخدام مصطلح استراتيجية فى التعامل مع قلق التحصيل، وهذه الاستراتيجية تعتمد على تقديم بعض الارشادات والأفكار والفنيات إلى الطلاب لمساعدتهم فى التغلب على قلق التحصيل لديهم.

ورأى الباحثان أن استخدام مصطلح استراتيجية يتفق مع الدراسة الحالية والتى تهدف إلى تقديم استراتيجية تعتمد على تقديم أفكار وارشادات وفنيات لمساعدة طلاب الجامعة فى التغلب على قلق التحصيل لديهم، وليس الأمر هنا كيف يتحدى أو يتغلب الطلاب على مشاعر القلق فقط بل من خلال تقديم أساليب وأفكار وإرشادات تهدف إلى كيف يفكر ويشعر ويسلك الطلاب وكذلك كيفية تعامل الطلاب مع أي مشكلة دراسية تواجههم من خلال الشعور بالقوة والإرادة.

أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة الحالية فى أنها تتناول موضوعاً جديراً بالاهتمام وهو قلق التحصيل والذي ينظر إليه على أنه مشكلة أكاديمية أكثر من أنه مرض نفسي، حيث يعتبر قلق التحصيل متغيراً هاماً وفعالاً فى العملية التعليمية وهو مشكلة حقيقية تواجه كثيراً من الطلاب فى جميع المراحل التعليمية ويزداد لدى طلاب الجامعة.

كما تهتم الدراسة أيضاً بتقديم استراتيجية لمساعدة طلاب الجامعة فى التغلب على مشكلة قلق التحصيل، وهذه الاستراتيجية تقدم أفكاراً وإرشادات تساعد الطلاب فى التغلب على المشكلات الدراسية التى تواجههم ومنها كيفية الاستعداد للدراسة والاستخدام الأمثل للقدرة العقلية، والتركيز فى المهام الدراسية واستمرار الدافعية وعدم رفع الراية أو الاستسلام للكسل والتراخي والتصميم على النجاح، وكيفية المراجعة الفعالة من خلال أساليب استذكار فعالة تساعد على التعلم العميق الذى يبعث على الثقة بدلاً من الإرتباك والحيرة، وكيفية مواجهة قلق الامتحان والذى يعتبر عاملاً هاماً فى قلق التحصيل من خلال التخلى عن المعتقدات الخرافية وغير العقلانية عن الامتحانات لدى الطلاب، والتى تؤثر فى الأداء سواء قبل الامتحان أو أثناء الامتحان، وأخيراً كيفية تعايش الطلاب مع الضغوط المرتبطة بقلق التحصيل من خلال استخدام قائمة الإرشاد الذاتى لتقليل الضغوط واستخدام فنيات الاسترخاء العضلى التى تساعد على إزالة التوتر والقلق لدى الطلاب وفى النهاية تدريب الطلاب على طلب المساعدة أو الاستشارة عند الضرورة فى حالة المعاناة من مشاعر القلق والضغوط وعدم التأقلم مع المهام الدراسية.

مصطلحات الدراسة

١-قلق التحصيل Achievement Anxiety :

يقصد به شعور الطالب بالقلق تجاه مواقف او مشكلات دراسية، ويتمثل ذلك فى الأبعاد الأربعة التالية:

البعد الأول: الضغط النفسي أثناء الاستذكار:

ويتمثل فى الاحساس بالضيق والتوتر والارتباك وعدم التركيز أثناء الاستذكار.

البعد الثاني: الاضطرابات الجسمية والفسيولوجية المصاحبة لقلق التحصيل:

ويتمثل فى فقدان الشهية والتعب والإرهاق وجفاف الحلق والصداع وزغللة العين والرعشة وشحوب الوجه خاصة أيام الدراسة أو أثناء المذاكرة.

البعد الثالث: الخوف والرهبة من الاستاذ:

ويتمثل فى الشعور بالخوف والضيق والقلق من مواجهة الأستاذ سواء ما يقوله أثناء المحاضرة أو عندما يتم توجيه أسئلة للطلاب.

البعد الرابع: الضغط النفسى قبل الامتحان:

ويتمثل فى الشعور بالخوف والتوتر والتعب والارتباك والعصبية والضيق وخاصة قبل الامتحان. *(أشرف عبدالقادر، إسماعيل بدر،١٩٩٩، ٢٤-٢٥)*

٢-الاستراتيجية Strategy :

هى علم وفن توظيف الخطط فى المجالات السياسية والاقتصادية والنفسية لمجتمع ما أو لمجموعة من المجتمعات لتقديم أقصى مساعدة نحو تحقيق هدف معين.

(Webster, 1988, 1165)

ويعرف الباحثان الاستراتيجية فى الدراسة الحالية على أنها:

توظيف بعض الأفكار والإرشادات والفنيات لمساعدة طلاب الجامعة فى التغلب على قلق التحصيل من خلال الاستعداد للدراسة وزيادة الدافعية والتصميم على الاستمرار فى الدراسة وتحسين التركيز والذاكرة واستخدام طرق تؤدى إلى فعالية المراجعة أثناء الدراسة، وكذلك تقديم فنيات علاجية للتخفيف من قلق الامتحان وأخيراً تقديم طرقاً مناسبة للتعايش مع قلق التحصيل بهدف تحقيق أقصى إنجاز ممكن يؤدى بهم إلى النجاح والتفوق.

الإطار النظري

يعتبر التحصيل الدراسي أحد الموضوعات الهامة التى شغلت وما زالت تشغل تفكير المربين والقائمين بالعملية التربوية والمشتغلين بميادين التربية وعلم النفس والصحة النفسية. وكانت النظرة القديمة للتحصيل تتمثل فى توافر شروط عديدة بعضها خارجي (موضوعي) والبعض الآخر داخلي (ذاتي) والشروط الخارجية تتمثل فى الاستعداد والمراجعة المستمرة فى حين أن الشروط الداخلية تتمثل فى تركيز الانتباه والميول والاتجاه نحو الدراسة والعمر ومستوى الذكاء. *(يوسف مراد، ١٩٦٢، ٢٣١ ـ٢٣٥).*

ولخص واطسون (١٩٨٨) **Watson** التحصيل فى معادلة تشمل القدرة والتصميم والعمل الجاد كما يلى:

التحصيل = القدرة + التصميم + العمل الجاد

Achievement = Ability + Determination + Hard Work

(Watson, 1988, 586).

ولكن حديثاً تغيرت النظرة إلى التحصيل وأصبح يتضمن جوانب متعددة أخرى توصل إليها أكريس (١٩٩٥) **Acres** ولخصها فى خمسة جوانب رئيسية تؤثر فى التحصيل وهى: القدرة – التصميم والدافعية – معدل العمل – قلق الامتحان -التعايش مع قلق التحصيل، وأصبحت المعادلة كما يلى:

Achievement = Ability + Determination and Motivation + Work Rate + Exam Anxiety + Coping with Achievement Anxiety.

وبالتالي فالنجاح والتحصيل ليس مجرد استخدام التفكير والقدرة العقلية والمراجعة المناسبة بل يعتمد أيضاً على مشاعر قلق الامتحانات وكيفية التعايش مع قلق التحصيل.

وسوف نستعرض هذه الجوانب بالتفصيل والتى بنيت عليها الاستراتيجية للتغلب على قلق التحصيل لدى الطلاب فى الدراسة الحالية كما يلي:

(Acres, 1995, 59-6.).

أولاً: القدرة (الاستعداد للدراسة) Ability (Aptitude to Study):

توجد حدود لقدرة الطالب فى الإنجاز فى مجالات الأنشطة المختلفة وهذه القدرة تتوقف على النمو والتدريب، وهذا ما أكده كل من جوردون ووايـن (١٩٩٤) **Gordon and Wayne** من حيث أهمية العامل الإدراكي المتمثل فى الجانب العقلي فى تقبل الموضوعات الدراسية وأثر ذلك على التحصيل الدراسي لدى الطلاب.

ولكن يذكر فؤاد أبو حطب وآمال صادق (١٩٨.) أن القدرة العقلية على الرغم من كونها شرطاً ضرورياً لحدوث عملية التعلم إلا أنها ليست شرطاً كافياً ويتطلب فهم التحصيل والتنبؤ به فى ضوء اهتمامات وسمات ودوافع الطالب.

(فؤاد أبو حطب، آمال صادق، ١٩٨. ، ٥٣٧).

وبالتالي فقد يضيع الوقت فى الدراسة إذا لم يتبع الطالب أسلوباً معيناً فى استخدام القدرة العقلية وفيما يلى خطة للاستعداد للدراسة تتمثل فى الأسئلة التالية:

١-ماذا تريد عمله؟

ويعنى مدى استعداد الطالب لإنجاز المهام العقلية المتعددة ومدى الإحساس بالوقت المخصص لإنجاز هذه المهام.

٢-هل أنت مستعد للتعلم؟

أن نقطة البداية للتعلم الأفضل هى التأكيد على التعلم الذاتى ومنها وضع الطالب أسئلة لنفسه ومحاولة الإجابة عليها بمفرده.

٣-هل ما تريد عمله واضح لك؟

ويعنى هذا أن استعداد الطالب للاختيار بين المهام المختلفة والطريقة التى يختار بها تتوقف على وضوح كل مهمة والطريقة التى ينهى بها هذه المهمة.

٤-كيف تختار الوقت المناسب للعمل؟

بعض المهام الروتينية تتطلب تركيزاً أقل ووقتاً أقل فى اليوم، ولكن فى إنجاز المهام التعليمية التى تتضمن حل المشكلات أو تصميم نماذج فإن ذلك يستغرق وقتاً أطول وبالتالي لابد من تحديد الوقت المناسب لكل عمل حتى لا يضيع الوقت بلا فائدة.

ثانياً: التصميم والدافعية Determination and Motivation:

لقد أكد كل من فؤاد أبو حطب وآمال صادق (١٩٨.) وكذلك انتويستل وكوزيكي (١٩٨٥) Entwistle and Kozeki على أهمية المتغيرات غير المعرفية مثل الدافعية والميول والاتجاهات على مستوى التحصيل الدراسي للطلاب.

وتوجد عدد من الأفكار قدمها بمبينوتي وآخرين (١٩٩٨) **Bembenutty and Others** لزيادة الدافعية والتصميم للتعلم لدى الطلاب من خلال إدارة النظام الذاتى للتعلم وتحقيق النجاح الأكاديمي وهي كما يلي:

١-تحديد الأهداف الدراسية.

٢-الابقاء على الشعور بالإرادة والإنجاز الجيد الذي تم تحقيقه من قبل واستحضار لخطة النجاح وهذا التدريب يساعد الطلاب على بناء الثقة فى أنفسهم.

٣-التفكير والتحدث بإيجابية وتعنى تجنب القول أننى غير مهيأ للدراسة.

٤-التركيز فى العمل الدراسي واستمرارية الدافعية وعدم رفع الراية أو الاستسلام للكسل والتراخي.

وأضاف كل من وليامز وجانيس (١٩٩٨) **Williams and Janice** أن القلق يؤثر على الدافعية للإنجاز الأكاديمي لدى الطالب وبالتالي لابد من تخفيف القلق حتى يكون لدى الطالب قدرة على التعلم الذاتى ويأتي ذلك من خلال التحدث عما يقلق الطالب سواء فى الدراسة أو الامتحان مع الأصدقاء أو المعلم الخصوصي أو المرشد النفسى وذلك للتغلب على هذا القلق.

ثالثاً: معدل العمل Work Rate

لقد لاحظ أكريس (١٩٩٥) **Acres** أن كثيراً من الطلاب لديهم قدرة على إنجاز مستويات مرتفعة من التحصيل بدون بذل عمل شاق، ولكن باستخدام فنيات مساعدة جيدة تزيد من الكفاءة المناسبة للإنجاز وقد لخص أكريس ذلك فى العمليات التالية:

١-تحسين التركيز Improving of Concentration:

أن تحسين التركيز يعتمد على استخدام أساليب دراسية فعالة والتصميم على النجاح وعدم تشتت الذهن فى أمور أخرى بالإضافة إلى التدرج فى الدراسة من فترة قصيرة فى بداية الدراسة ثم تزداد الفترة طبقاً لتنوع الموضوعات الدراسية.

٢-تعلم التقرير اليومي Starting a learning Journal:

وتعنى تسجيل الافكار والملاحظات عن الدراسة والموضوعات الدراسية الأساسية فى عبارات قصيرة قد تكون فى كروت صغيرة أو فى الكتاب نفسه، ذلك يساعد على تذكر بعض المعلومات التى فهمها الطالب فى اليوم والربط بين بعض المواقف التى تحدث أثناء المحاضرات وأخيراً عمل قوائم بالأشياء التى يراد حلها وتحديد أفضل الأوقات للدراسة والتى يزداد فيها التركيز فى العمل.

٣-المراجعة الفعالة Efficient Revision

أن الفكرة الخاطئة المسيطرة على الطلاب هى محاولة تذكر الموضوعات والمعلومات من المراجعة الأولى ويتم ذلك خاصة قبل الامتحان مباشرة، ولكن المراجعة الفعالة تعنى التعلم العميق الذى يبعث على الثقة فى التذكر بدلاً من الارتباك والحيرة.

(Acres, 1995, 71-74).

وقد حدد دودلى (١٩٨٦) Dudley المراجعة الفعالة للطالب الجامعي فى النقاط التالية:

أ-تحديد الصورة الكاملة للموضوعات وتقرير ماذا يراجع وما هو الموضوع الذي سوف يبدأ بمراجعته.

ب-تحديد وقت زمنى لكل مهمة بصرف النظر عن سهولة أو صعوبة المهمة.

جـ-تحديد ملخصات للموضوعات الرئيسية أو الفرعية وتكون بطرق ابتكارية مصورة قد تكون فى رسوم بيانية أو جداول مقارنة أو رسوم توضيحية مثل رسوم عنكبوتية Spider diagrams وذلك للمساعدة فى تذكر النقاط الرئيسية للموضوع.

٤-طريقة المراجعة الأساسية Abasic Revision Method:

لقد حدد أكريس (١٩٩٥) Acres خمس خطوات لطريقة المراجعة الأساسية وهى :

الخطوة الأولى:

قراءة الملاحظات والبحث عن إجابات للأسئلة المقترحة.

الخطوة الثانية:

تذكر ما يقرأ أو الشعور بالفهم للملاحظات السابقة.

الخطوة الثالثة:

تحديد هل الموضوع المراد مراجعته أصبح واضحاً ومفهوماً أم يحتاج إلى إيضاحات أخرى وبالتالي وضع ملاحظات جديدة.

الخطوة الرابعة:

مراجعة الملاحظات الأصلية مع الملاحظات الجديدة حتى يتم تذكر كل الإجابات عن الأسئلة التى وضعت فى الخطوة الأولى.

الخطوة الخامسة:

إعادة قراءة الملاحظات كما فى الخطوة الأولى ومحاولة النظر الدقيق فى النقاط الرئيسية التى لم يتم تذكرها ثم إعادة الخطوات التالية مرة أخرى، ذلك يساعد على تحسين التذكر الجيد. *(Acres , 1995 , 61 – 62)*

٥ـتحسين الذاكرة Improving of Memory:

لقد اعتبرت الولايات المتحدة الأمريكية عام (١٩٩.) أنه العقد الخاص بأبحاث المخ وأوضحت أن الأبحاث تتركز فى كيف يعمل المخ، كيف نتعلم ونتذكر؟ ونتيجة ذلك ظهر مصطلح البرمجة اللغوية العصبية (Neuro – Linguistic Programming (NLP.

ويعنى استخدام القدرة على التصوير والقدرة اللفظية معاً فى تحسين الذاكرة (كيف يستفيد الطالب من الجانب الأيمن للمخ والذي يتضمن القدرة على التصور والبديهة والرسم وعمل النماذج وكذلك من الجانب الأيسر للمخ والذى يتضمن التفكير الفعلى والموضوعى والمنطقي والنظري والتحليلي فى الكتابة والقراءة). (Acres, 1995, 63 – 65)

وقد قدم راجان وراجان (١٩٨٢) Ragan and Ragan بعض الأفكار التى تساعد على تحسين الذاكرة وهى :

(أ) الترابط Association

ويعنى الترابط بين الكلمات والأرقام والصور، وبالتالي الترابط بين اللفظي والبصري الذي يساعد الذاكرة على أن تعمل بكفاءة.

(ب)الإعادة Repetition

ويعنى إعادة المراجعة مرات متكررة بصوت عال أو الاستماع مرات متكررة للتسجيل أو إعادة القراءة مرات متعددة وترابط ذلك مع كتابة هذه المعلومات كلما أمكن فذلك يساعد على تحسين الذاكرة. *(Ragan and Ragan, 1982, 97-98).*

وقد أضاف كريجمان وآخرون (١٩٨٥) Krugman and Others فكرة أخرى لتحسين الذاكرة وهى:

أـاستخدام الذاكرة البصرية

ويعنى استخدام صور أو علامات أو رسومات تتصل بالمعلومات المراد تذكرها بالإضافة إلى استخدام حواس أخرى مثل اللمس أو السمع كلما أمكن.

(Krugman and others, 1985, 538).

رابعاً : قلق الامتحان Exam Anxiety

***هل الامتحانات يجب أن تكون صعبة؟**

إن الامتحانات غير المألوفة والتى يتحدد فيها مصير الطالب مثل امتحانات الثانوية العامة فى معظمها صعبة، ولكن الصعوبة هنا فردية وموقفية، ومع الخبرة والتدريب والاستشارة تصبح الامتحانات أكثر سهولة، ومن هنا تظهر أهمية القلق المصاحب للامتحان وهو عامل هام من بين العوامل المعوقة للتحصيل الأكاديمي بين الطلاب فى مختلف مستوياتهم الدراسية، وقد أشارت دراسات كثيرة إلى الأثر السلبي لقلق الامتحان، حيث أكدت هذه الدراسات إلى أن الكثير من طلاب الجامعة يفشلون فى دراساتهم بسبب عدم قدرتهم على مواجهة مواقف الامتحانات التى يتقدمون لها وما يصاحب هذه المواقف من قلق واضطراب تؤثر فى قدرة الطلاب على التكيف مع موقف الامتحان.

وقد أشار كوندرى وشارون (١٩٧٦) Condry and Sharon إلى بعض المعتقدات الشائعة لدى الطلاب عن الامتحانات ونتائجها وهى افتراضات خرافية وغير معقولة وهى:

١-مستقبلى سوف يتهدم Ruined إذا رسبت ولم أحصل على الدرجات التى أريدها.

٢-أنا غير محظوظ فى الامتحانات.

٣-زملائى دائماً أفضل فى الامتحانات.

٤-الامتحانات دائماً تأتى صعبة جداً.

٥-لا أستطيع تغطية معظم مقررات المنهج ولهذا أرسب فى الامتحانات.

٦-الامتحانات خيالية وغير واقعية وتفتقد إلى الحد الأدنى للمعرفة الأساسية والفهم.

ولقد قدم رونترى (١٩٧٦) Rowntree فى كتابه تعلم كيف تدرس (Learn How to Sludy) فنيات مساعدة للطلاب للتغلب على قلق الامتحان وهى:

أ-التأهيل النفسى ويشمل ترتيب الأدوات الخاصة بالامتحان.

ب-القراءة الصحيحة لورقة الأسئلة كاملاً (٥ دقائق).

جـ-وضع خطوط بعناية فائقة عن كم الأسئلة فى كل جزء من الورقة.

د-توزيع الوقت لكل سؤال مع إتاحة (١٠) دقائق للمراجعة النهائية.

هـ-وضع خطة للإجابة تشمل الأفكار الرئيسية والتفاصيل المهمة لكل سؤال.

و-تجنب المقدمات الطويلة للإجابة والاهتمام بالجمل البسيطة مع مراعاة سلامة اللغة والإملاء.

واقترح كولينز (١٩٩٩) Collins استراتيجية للتعامل مع قلق الامتحان لدى الطلاب تتلخص فيما يلى:

★ الصحة:

الطلاب الذين يشكون من بعض الأعراض المرضية التى تظهر فى أوقات الامتحانات ومنها الإسهال والإمساك والصداع النصفي... إلخ يجب عليهم مراجعة الطبيب قبل الامتحان لأخذ الأدوية الخاصة بكل حالة حتى يتجنبون الآلام أثناء الامتحان، ويجب تجنب الإكثار من الشراب مع تناول كمية من الأطعمة التى تعطى الطاقة.

★ التدريب على الأسئلة:

محاولة الإجابة على الأسئلة فى نفس ظروف الامتحان ونفس المثيرات وذلك دون مساعدة الكتب وتحديد نفس الوقت المخصص للامتحان فذلك يساعد على التقليل من قلق الامتحان.

★ الوصول مبكراً:

مراعاة الوصول مبكراً بنصف ساعة على الأقل حتى لا يسبب التأخير قلقاً وتوتراً أثناء الامتحان.

خامساً: التعايش مع قلق التحصيل Coping with Achievement Anxiety

أنه من الطبيعي للطالب القلق فى بعض الأوقات أثناء الدراسة والامتحان، ولكن إذا أصبح القلق معوقاً ويوقفه على الاستمرار فى الدراسة بفعالية هنا تكون مشكلة، وليس الأمر كيف نتحدى أو نتغلب على مشاعر القلق، بل من خلال أساليب تهدف إلى كيف يفكر ويشعر ويسلك الطالب ومن خلال الشعور بالقوة والإرادة يكون التعايش مع القلق، وفيما يلي أربعة أساليب رئيسية للتعايش مع قلق التحصيل وهي:

١-التفكير والضغوط:

لقد قدم شانج (١٩٨٥) Chang قائمة الإرشاد الذاتى لتقليل الضغوط المرتبطة بالتفكير والقلق والتى تسبب الشعور بالضغوط وتدور هذه القائمة حول الموضوعات التالية:

١-عدم تغيير الماضي وبالتالي لابد من التركيز عن الهنا والآن.

ب-التفكير فى المستقبل على المدى الطويل.

جـ-التركيز على العمل بفعالية فى المهام الدراسية.

د-تجنب التعبير الذاتى السالب عن الامتحانات والقلق الناتج عنها.

هـ-الاستفادة من الخبرة السابقة.

و-التفكير بإيجابية ولابد من البدء فى العمل الليلة واليوم.

٢-فنيات الاسترخاء: Relaxation Techniques:

لقد قدم كل من سليمان الريحاني (١٩٨٢) ومادرس (١٩٨٨) Madders فنيات الاسترخاء والتى تشمل تدريبات التنفس العميق وتدريبات الاسترخاء لمجموعة من عضلات الجسم ويؤكد الباحثان على أن ممارسة هذه التدريبات أثناء القلق والمواقف الضاغطة التى تواجه الطلاب حيث تساعد فى خفض التوتر وإعادة الانتعاش لديهم، وسوف نستعرض هذه الفنيات بالتفصيل فى الاستراتيجية المستخدمة فى الدراسة الحالية.

٣-فنية التخيل المرشد Guided Imagery Technique:

أن استخدام فنية التخيل المرشد تساعد على التخفيف من مشاعر القلق لدى طلاب الجامعة، حيث تركز هذه العينة على الإنسان بوصفه كائن حي منفرد ذو احتياجات متصاعدة تتميز بالتعقل والوعي المسئول، ونزعة أصيلة للنمو والسعي الهادف نحو قيم وغايات ثم امكانات للتطور، وأن استخدام هذه الفنية يدفع الطالب إلى إدراك ماذا يريد أن يفعل من خلال نظرة جديدة عن العالم. *(اسماعيل بدر، ١٩٩٣،٩-١ .)*

٤-طلب المساعدة والاستشارة:

يجب على الطلاب عند المعاناة من مشاعر القلق والضغوط وعدم التأقلم فى الدراسة طلب المساعدة أو الاستشارة مع الأصدقاء أو الوالدين أو الأخصائي الاجتماعي أو المرشد النفسى أو الطبيب فهؤلاء يمكنهم تقديم المساعدة للطلاب للتعايش مع القلق ومحاولة إزالة التوتر والاضطراب الذي يؤثر على الاستمرار فى الدراسة أو اجتياز الامتحان.

الدراسات السابقة

الواقع أن معظم الدارسات والبحوث السابقة تركز على تقديم برامج إرشادية وفنيات علاجية لتحسين عادات الاستذكار أو لتخفيف قلق الامتحان لدى الطلاب فى مختلف المراحل التعليمية، بينما قليل من الدراسات الأجنبية أهتمت بتخفيف قلق التحصيل وفى حدود علم الباحثين لا توجد دراسة عربية اهتمت بتقديم برامج إرشادية أو فنيات علاجية لتخفيف قلق التحصيل لدى الطلاب.

وفيما يلي يستعرض الباحثان بعض البحوث والدراسات التى اهتمت بتقديم برامج إرشادية وفنيات علاجية للمحاور الثلاثة الآتية:

المحور الأول: عادات الاستذكار، المحور الثاني: قلق الامتحان، المحور الثالث: قلق التحصيل.

ومن الدراسات الرائدة فى المحور الأول والخاصة بتعديل عادات الاستذكار دراسة براون وهولتزمان (١٩٥٦) Brwon and Holtzman والتى تهدف إلى تقديم فنيات إرشادية عن العادات والاتجاهات الدراسية وذلك لزيادة الدافعية المرتبطة بالتحصيل الدراسي وذلك على عينة بلغت (١.٨٨٨) من طلاب المدارس فى مراحل دراسية مختلفة وقد أوصت الدراسة بأهمية البرامج الإرشادية فى زيادة الدافعية للدراسة.

فى (زكريا توفيق، ١٩٨٦ ، ١٥١)

وأجرى كل من لايت والكساكوس (١٩٧.) Light and Alexakos دراسة بهدف معرفة مدى فاعلية الإرشاد الفردي والجماعي فى تحسين عادات الاستذكار على عينة بلغت (٣.) طالبة بالمرحلة الثانوية وقسمت العينة إلى مجموعتين تجريبيتين المجموعة الأولى طبق عليها برنامج إرشادي فردى والمجموعة الثانية طبق عليها برنامج إرشادي جماعي، وأسفرت نتائج الدراسة إلى أن الإرشاد الجماعي كان أكثر فعالية من الإرشاد الفردي فى تحسين عادات الاستذكار.

وفى نفس الاطار قام جوزيف (١٩٧٨) Joseph **بدراسة بهدف التعرف على مدى فاعلية برنامج علاجي لتحسين عادات الاستذكار والاتجاهات الدراسية وأثر ذلك على التحصيل الدراسي وذلك على عينة من طلاب الجامعة قسمت إلى مجموعتين أحدهما تجريبية طبق عليها البرنامج العلاجي والأخرى ضابطة وأظهرت نتائج الدراسة أن طلاب المجموعة التجريبية أظهروا تقدماً دالاً إحصائياً فى التحصيل الدراسي بالمقارنة بالمجموعة الضابطة.**

وقامت مها عبداللطيف (١٩٨٩) **بدراسة مدى فاعلية برنامج تدريبي لتحسين بعض عادات الاستذكار على عينة بلغت (١٣١) من طلاب المرحلة الثانوية قسمت إلى مجموعتين أحدهما تجريبية (٧.) طالباً وطالبة والأخرى ضابطة (٦١) طالباً وطالبة واستغرق البرنامج (٥٢) ساعة وكان البرنامج يدور حول الموضوعات الآتية تنظيم الوقت، كيفية إعداد جدول الاستذكار، توفير المكان المناسب، طرق الاستذكار وأظهرت النتائج مدى فاعلية البرنامج التدريبي فى تحسين عادات الاستذكار لدى طلاب المجموعة التجريبية.**

واهتمت دراسة اليوت وآخرون (١٩٩.) Elliott and Others **بتقديم برنامج للتدريب على مهارات حل المشكلة ومدى فاعليته فى تعديل عادات الدراسة والإنجاز الاكاديمي على عينة بلغت (٦٣) من طلاب الجامعة وأشارت نتائج الدراسة إلى مدى تقدم الطلاب الذين شاركوا فى هذا البرنامج فى تغيير عادات الدراسة والإنجاز الأكاديمي.**

وفى دراسة جوردون ووابن (١٩٩٤) Gordon and Wayne **بتحليل استراتيجيات دراسية يستخدمها الطلاب لتسهيل عملية الدراسة وذلك من خلال ثلاثة عوامل رئيسية هى العامل الإدراكي (العقلي) والعامل العاطفي (الانفعالى) والعامل السلوكي، وكانت عينة الدراسة (١٢٨) من طلاب الجامعة وطبق عليهم مقياس عادات واتجاهات الدراسة وكذلك اختبار نظام الدراسة والتعلم، وأوضحت نتائج الدراسة أن العامل الإدراكي يتمثل فى تحسين التركيز ومراجعة الدروس، والعامل الانفعالى يتمثل فى القيم والمشاعر الشخصية، والعامل السلوكي يتمثل فى السلوكيات المتعلقة بطرق الاستذكار.**

وقام محمد إبراهيم (١٩٩٧) **بدراسة عن فعالية الإرشاد الفردى والجماعى فى تحسين عملية الاستذكار على عينة من طلبة الجامعة بلغت (٢٦) طالباً بالسعودية قسمت إلى مجموعتين تجريبيتين أحدهما طبق عليها الارشاد الفردى والمجموعة الأخرى طبق عليها الإرشاد الجماعى، وكان البرنامج الارشادى يدور حول عملية الاستذكار والدافع إليها والمشكلات المعوقة لها مثل الأسرة، وضغط الوقت، الظروف الصحية، نقص الكفاءة العملية، وتوصلت الدراسة إلى فعالية الإرشاد الفردى والجماعى فى زيادة كفاءة عملية الاستذكار لدى عينة الدراسة.**

وفى نفس الاطار قام ماكدانيل (١٩٩٧) McDaniel **بدراسة تهدف إلى اقتراح استراتيجية لمساعدة الطلاب على النجاح وكانت الاستراتيجية تعتمد على تخفيف خبرات الضغوط الخاصة بالاستذكار وذلك من خلال تقديم طرق غير تقليدية للاستذكار وتقليل قلق الامتحان واعطاء مثيرات أكثر للتعلم والتدريب على الابتكارية وليس الحفظ الآلي والاستفادة من المعلمين كمرشدين فى حالة وجود صعوبات تعوق عملية التحصيل الدراسي لدى الطلاب.**

واقترح تروتر (١٩٩٩) Trotter **منهجاً تربوياً للطلاب للتعايش مع الضغوط الدراسية ويركز هذا المنهج على تقليل معدلات الإثارة والإحباط الذى يساعد على زيادة الدافعية للتحصيل ويقترح أيضاً استخدام فنيات مساعدة منها الاسترخاء العضلى والتنفس**

العميق، تدريبات اليوجا، النظام الغذائي السليم، استخدام فنية التخيل المرشد لتقليل الضغوط الدراسية، واقترح أن هذا البرنامج يصلح للتطبيق على الطلاب من عمر (١٢-١٨) سنة.

وبالنسبة للمحور الثانى والخاص بعلاج قلق الامتحان لوحظ أن معظم الدراسات السابقة قد لجأت إلى استخدام فنية التحصين التدريجي Systematic الذى طورها ولبى Wolpe (١٩٥٨) ومن هذه الدراسات دراسة أبونتي وأبونتي (١٩٧١) Aponte and Aponte حيث حاول الباحثان استخدام فنية التحصين التدريجي مع فنية الاسترخاء العضلى لخفض قلق الامتحان لدى الطلاب وذلك على ثلاثة مجموعات تجريبية الأولى طبق عليها فنية التحصين التدريجي مقترنة بالاسترخاء العضلى والثانية طبق عليها الاسترخاء العضلى فقط والثالثة مجموعة ضابطة لم تخضع لأي شكل من أشكال العلاج وأظهرت النتائج أن فنية التحصين التدريجي المقترنة بالاسترخاء العضلى أكثر فعالية من فنية الاسترخاء العضلى وحدها فى تقليل قلق الامتحان لدى الطلاب فى (سليمان الريحاني، ١٩٨٢، ٥٢-٥٣).

وقام سليمان الريحانى (١٩٨٢) بدراسة أثر الاسترخاء العضلى فى التحصيل وخفض قلق الامتحان على عينة بلغت (٩٢) من طلاب الجامعة الأردنية وقسمت العينة إلى مجموعتين كل منهما (٤٦) طالباً وطالبة أحداهما مجموعة تجريبية والثانية مجموعة ضابطة وكانت جلسات الاسترخاء العضلى الخمس متمثلة فى تدريبات لمنطقة الذراعين والوجه والصدر والساقين والقدمين. وأظهرت نتائج الدراسة مدى فاعلية فنية الاسترخاء العضلى فى خفض قلق الامتحان لدى عينة المجموعة التجريبية.

وقدم أوستين وآخرون (١٩٩٥) Austin and Others مقترحات لمنع الفشل الدراسي من خلال علاج قلق الاختبار بتدريب الطلاب على استراتيجيات إدارة الضغوط Stress Management Strategies والتى تعتمد على اتباع طريقة ولبى فى التحصين التدريجي مع تعلم الاسترخاء العضلى لخفض قلق الاختبار لدى الطلاب.

وقام نيسايس (١٩٩٥) Nicaise بمراجعة ثلاثة أساليب لعلاج قلق الاختبار وهى :

١-تعديل السلوك Behavior Modification.

٢-إعادة البناء المعرفى Cognitive Restructuring.

٣-تمرينات الاسترخاء Relaxation Training.

وذلك لتقليل الاستجابات الفسيولوجية المرتبطة بقلق الاختبار وأيضاً تقوية القدرة على التحكم فى التوتر خلال المهارات الدراسية والتدريب على الاختبارات فى مواقف مشابهة لموقف الامتحان.

وبحث جرفين وجرفين (١٩٩٧) Griffin and Griffin **فى تأثير تبادل النصائح والأفكار بين الأقران على خفض قلق الاختبار وأجريت الدراسة على عينة بلغت (١٣١) طالباً وطالبة من طلاب الجامعة، وأكدت النتائج أن تبادل النصائح بين الأقران يساعد على زيادة التحصيل فى العلوم الدراسية وتقليل قلق الامتحان.**

أما بخصوص المحور الثالث والخاص بعلاج قلق التحصيل على الرغم من قلة الدراسات إلا أنها تنوعت فى الأساليب والبرامج التى استخدمت لخفض قلق التحصيل لدى الطلاب ومنها دراسة بيتى (١٩٧٩) Beatty **والذى استخدم فنية المقابلة الكلينيكية مع بعض طلاب الجامعة على مدار ثلاث سنوات للتعرف على كيفية التغلب على قلق التحصيل الدراسي، وتوصل الباحث إلى أن إندماج الطلاب فى الدراسة والتفاعل مع الآخرين واكتساب أساليب استذكار تتفق مع أهداف وقدرات وميول الطلاب كل ذلك ساعد على التغلب على قلق التحصيل لديهم فى (محمد أحمد إبراهيم، ١٩٩٧، ٢٥٢)**

وقام وودس (١٩٨٣) Woods **بدراسة مدى فعالية التحصين التدريجي فى خفض قلق التحصيل لدى عينة من طلاب الجامعة بلغت (٤٢) طالباً وطالبة وباستخدام الطريقة القبلية البعدية وتطبيق اختبار قلق التحصيل لألبرت وهابر Alpert and Haper's Achievement Anxiety Test أكدت نتائج الدراسة أن مشاركة الطلاب فى ورشة العمل الخاصة بطريقة التحصين التدريجي ساعدت على تقليل قلق التحصيل لديهم من خلال زيادة الدافعية نحو التعلم وكذلك تقليل قلق الاختبار.**

وقدم شانج (١٩٨٥) Chang **برنامجاً إرشادياً لمساعدة (١١) طالبة من طالبات الجامعة للتغلب على قلق التحصيل، واستمر البرنامج الإرشادى لمدة ثلاثة أسابيع وكان يركز على زيادة معدلات الإنجاز وتقليل قلق الاختبار والتعايش مع الضغوط المرتبطة بقلق التحصيل، واتضح من نتائج الدراسة مدى فاعلية البرنامج الإرشادى فى تقليل قلق التحصيل لدى الطالبات.**

وأخيراً قام كولينز (١٩٩٩) Collinsبدراسة **عن أثر استراتيجيات تعتمد على تقديم بعض الإرشادات والأفكار للمدرسين للتعامل مع طلابهم فى التغلب على قلق التحصيل لدى الطلاب وتتلخص الاستراتيجية المقترحة فيما يلي:**

١-أخذ راحة اجبارية عند الحاجة أثناء الاستذكار.

٢-تجنب شرب كميات كبيرة من المشروبات التى تحتوي على مادة الكافيين أثناء الاستذكار.

٣-التدريب على الاختبارات أثناء المراجعة وقبل موعد الاختبار.

٤-الاجابة على الأسئلة بعناية ودقة فى الاختبار

ولمساعدة الطلاب والتخفيف عنهم يجب على المدرسين تدريبهم على ما يلي:

١-تدريبات الاسترخاء.

٢-بناء مدرج للقلق المرتبط بالتحصيل.

٣-التدريب على التحصين التدريجي للقلق.

ويؤكد الباحث على أهمية الاستراتيجية فى تنمية الاتجاهات الايجابية والمرنة تجاه قلق التحصيل الذي يتضمن عادات الاستذكار وقلق الاختبار.

الاستراتيجية: إعداد/ الباحثان

تدور الاستراتيجية حول كيفية الاستعداد للدراسة وزيادة الدافعية والتصميم على الاستمرار فى الدراسة وزيادة معدل العمل من خلال تحسين التركيز والذاكرة واستخدام طرق تؤدى إلى فعالية المراجعة أثناء الدراسة وأيضاً تقديم فنيات علاجية للتغلب على قلق الامتحان وتتكون الاستراتيجية من تسع جلسات بواقع جلسة أسبوعياً، وتطبق الجلسة الأولى بطريقة جماعية لمعرفة أهم المشاكل الدراسية التى تواجه كل الطلاب ثم من الجلسة الثانية حتى الجلسة الأخيرة تطبق بصورة فردية، وفيما يلي جلسات الاستراتيجية بالتفصيل.

جلسات الاستراتيجية

الجلسة الأولى؛ فى هذه الجلسة تتم مناقشة بعض مشاكلك الدراسية الشائعة مع تقديم إرشادات وأفكار مختصرة لمواجهة هذه المشاكل.

م	مشكلتي مع	الإرشادات والأفكار المختصرة
١	متى أبدأ العمل الدراسي	البداية فى الوقت الذي تراه مناسب وتشعر بالاسترخاء فى التقاط بعض المعلومات التى تجدها مهمة وسهلة الفهم.
٢	معايشة العمل الدراسي حتى اللحظة الأخيرة	تجنب السرعة المفزعة، بقضاء دقائق قليلة ٥ إلى ١٠ دقائق فى عمل بعض المهام الصغيرة بالعمل الدراسي لعدة أيام (إنها تبدو كصعود الجبال).
٣-	التصميم والدافعية	أعط لنفسك مكافآت خاصة عند إنجاز أي مهمة سواء سهلة أو صعبة بالخروج مع الأصدقاء أو مزاولة عمل محبب لك مع تغير الوقت ومكان الدراسة إذا لزم الأمر.
٤-	تنظيم الحجرة	لا تذاكر وأنت غير مرتب وذلك بتوفير الأرفف الدائمة أو أماكن لتخزين أوراقك (ألوانك) لكي تجدها عند الحاجة وعدم وجود أشياء تتحرك حولك كثيراً حتى لا يتشتت التركيز كلما أمكن.
٥-	الفشل أثناء العمل الدراسي	تقسيم الوقت بين المذاكرة والدروس وتحديد المشاكل أو العقبات التى تواجهك والبحث عن المساعدة لتغيير السلوك فى المذاكرة.
٦-	الأصدقاء الذين يعوقونني	أترك الأصدقاء الذين يتصلون بك فى التليفون وتجاهلهم بعض الليالى أو الأوقات للدراسة أو للحياة الخاصة الاجتماعية وأتصل بهم فى أوقات الراحة.

الجلسة الثانية؛ التخطيط للمراجعة

كثير من الطلاب تنظر إلى مراجعة الدروس العلمية نظرة خاطئة حيث يحاولون التعلم وتذكر الموضوعات من المرة الأولى بعد المراجعة، بالإضافة إلى تركيز هذه المراجعة قبل الامتحان مباشرة مما يزيد الأمر صعوبة ولكن يجب النظر إلى المراجعة على أنها فنية فعالة إذا كان الهدف منها واضح حيث تحول التعلم السطحي إلى التعلم العميق وتستبدل الارتباك والحيرة بالثقة وفيما يلى أفكار وإرشادات تساعد الطلاب على المراجعة الفعالة.

م	مشكلتي مع	أفكار وإرشادات مفيدة
١-	بداية المراجعة	أعمل قائمة عما تريد فعله من موضوع لموضوع ومعرفة ماذا تفعل وتبحث

		عن صديق يساعدك فى ذلك ولا تقل مازال.
٢-	قرار متى سوف أبدأ المراجعة	الآن وليس غداً ولا تقول ما زالت الوقت مبكراً أبدأ فى المراجعة من الآن حتى نهاية الامتحان.
٣-	عمل جدول زمنى لمراجعة الدروس	حاول أن تضع فترة فى الأسبوع أو فترتين للمراجعة وتكون مرنة قابلة للتغير.
٤-	معرفة الموضوعات التى احتاج إلى مراجعتها	معرفة الموضوعات الغريبة أو التى أنت فيها ضعيف وذلك بالنظر إلى درجات الاختبار أن وجدت أو التحدث مع أفراد آخرين يمكنهم إرشادك.

٥-	هل أراجع كل الموضوعات أم أتعرف على بعضها	لا يمكنك مراجعة كل الموضوعات عادة بالتساوي ولكن على الأقل تغطية ٧.% من الموضوعات المختلفة كلما أمكن.
٦-	توفير وقت كاف للمراجعة	رغم أنه لا يوجد وقت كاف وتحتاج إلى استراحة ووقت مستقطع واسترخاء ولكن حاول أن تخطط للمراجعة وتحدد جدول زمنى يساعدك.
٧-	تحديد كم ساعة فى اليوم أو الأسبوع للمراجعة	ضع جدولاً زمنياً يومياً وأسبوعياً هذا يساعدك على تحديد عدد الساعات فى الأسبوع وتتراوح ما بين ١٥ إلى ٤. ساعة فى الأسبوع ويتوقف ذلك على معرفة أهدافك اليومية.
٨-	تحديد وقت مستقطع للاسترخاء والحياة الاجتماعية	خذ الاستراحات قصيرة على الأقل فى اليوم والأسبوع وفى المساء أو كلاهما معاً.

الجلسة الثالثة؛ تحسين الذاكرة

أفضل طريقة للتذكر هى الفهم الجيد للموضوع الذي أنجزته من خلال إيجاد الأسئلة الصحيحة والبحث عن الإجابات الصحيحة لها، وإن استعمال الذاكرة بنظام وأسلوب مناسب ستكون وظيفتها أفضل مع استخدام كل حواسك أو على الأقل استعمال أكثر من حاسة كلما أمكن وفيما يلي نقدم بعض المشاكل التى ترتبط بتحسين ذاكرتك مع تقديم افكار وإرشادات مفيدة فى هذا المجال.

م	مشكلتي مع	أفكار وإرشادات مفيدة
١-	ذاكرتي قصيرة المدى	حاول ألا تأخذ أكثر من فقرتين أو ثلاثة من الموضوعات على الأكثر فى وقت واحد، حاول إيجاد روابط عما تعرفه فعلاً.
٢-	تذكر القوانين أو النظريات فى المواد الدراسية	حل كثير من الأمثلة المرتبطة بالقوانين أو النظريات والتى توضح الفهم، مع استخدام الكتابة بالأقلام الملونة حتى تستثير التخيل البصري للمساعدة على الاستدعاء.
٣-	تذكر ما راجعته فعلاً	استخدم المراجعة من خلال كروت الملاحظات ذات العبارات القصيرة واختبار نفسك فيها كثيراً.
٤-	تذكر الحقائق	ركز انتباهك فى المادة التى تشتمل على حقائق مع إيجاد الروابط بين الحقائق المختلفة حتى يذكر بعضها الآخر.
٥-	تذكر البيانات والأسماء	أعمل رسومات ملونة كبيرة وواضحة ومصورة مرتبطة بالأحداث والناس معاً.
٦-	نسيان ما تعلمته فى الأسبوع الماضي	المراجعة الدورية للموضوعات والمناقشة وتأكد أنك مع انتباهك للموضوعات مع المعرفة والفهم من خلال الأسئلة والأجوبة.
٧-	نسيان ما راجعته قبل الامتحان	أبدأ فوراً فى وضع الأسئلة والأجوبة الملخصة لها من الكروت والملاحظات التى سجلتها أثناء المراجعة الدورية وأعد ذلك مرة ثانية لمدة دقائق عندها سوف تتذكر.

الجلسة الرابعة؛ الإرشاد الذاتى لتقليل الضغوط

من الطبيعي للإنسان القلق فى بعض الأوقات أثناء دراسته ومن الطبيعي أيضاً التعبير عن هذا القلق بالغضب أو الإحباط فى وقت ما، ولكن ليس من الطبيعي أن يصبح القلق حالة وسمة دائمة تعوق الإنسان عن العمل بفعالية وقد يصل به الحال إلى الشعور بالعجز، هنا إذا وجدت نفسك تشعر بهذا النوع من القلق سوف تقدم لك إرشادات تساعدك فى تجنب الدخول فى حالة القلق المرضى وتساعدك أيضاً فى الخلاص من هذه الحالة حتى تتحول من العجز إلى القوة والإرادة. وفيما يلي قائمة كلها مع ملاحظة العبارات فى الجانب الأيسر ومدى انطباقها عليك:

١-أقرأ العبارات كلها مع ملاحظة العبارات فى الجانب الأيسر ومدى انطباقها عليك.

٢-تأكد أنك فهمت القائمة بمراجعة أي ملاحظات للإرشادات التى تليها.

٣-ضع علامة (√) أمام أسلوبك فى التفكير الذي تشعر به الآن

أشعر بقلق شديد عندما أفكر فى	أشعر بقلق متوسط عندما أفكر فى	ضع علامة (√) أمام شعورك الآن
الماضي	الحاضر الهنا والآن	
المستقبل وخاصة على المدى الطويل	الهنا والآن والتفكير التالي الذي أفعله	
التعبيرات الذاتية السلبية	التعبيرات الذاتية الإيجابية	
رضا الآخرين عنى	رضائي عن نفسي	
الأشياء التى لا أستطيع فعلها مباشرة حتى لو حاولت	الأشياء التى يمكنني فعلها مباشرة إذا حاولت	
أننى غير جاهز (مستعد)	أننى مستعد	
المهام الموكلة لي لأنها كثيرة	المهام الخاصة المتعلقة بالعمل الدراسي	
تأخير العمل أو التفكير فى أي شيء	بدأ العمل والتفكير فوراً فى أي عمل يوكل لي.	
أن الأفراد الآخرين يعملون أفضل منى	إن الأفراد الآخرون ليسوا أفضل منى ولكنى أستطيع العمل أفضل.	
أنى فاشل	إنى أستطيع أن أفعل ما أريده حتى أصل إلى درجة معقولة من النجاح	
أن مراجعتي ليست كافية ولا أعرف من أين أبدأ	أستطيع عمل واجبى فى الوقت الذي خططت له فى المراجعة كلما أمكن.	

الجلسة الخامسة؛ تدريبات الاسترخاء

أن تدريبات الاسترخاء مفيدة لإزالة التوتر وإعادة الانتعاش لنفسك، حيث الاسترخاء لمجموعة من عضلات الجسم وللجسم كله مهارة يتعلمها أي فرد ويتحسن فيها مع الممارسة ولكن من المهم التعرف على العضلة المتوترة ومن المفيد استخدام الاسترخاء أثناء القلق والمواقف الضاغطة التى تواجه الفرد وفيما يلى تدريبات الاسترخاء لكل أعضاء الجسم

أعضاء الجسم	تكرار كل حركة ثلاث مرات	عبر عن شعورك بصوت عال
أولاً: الوجه رفع الحواجب	أرفع حاجبيك لتظهر العبوس العميق وكرر	أزيل التوتر ووجهي ناعم وعضلاته فى استرخاء تام.

	ذلك ثلاث مرات	
تثبيت العينين	ثبت عينيك بإحكام	شعوري بالتوتر يقل تدريجياً وأصبح وجهي هادئاً.
انطباق الأسنان	أطبق أسنانك معاً بإحكام حتى نسترخي عضلات الفك	اختفى التوتر وعضلات فكي أقل توتراً مع فتح فمي بسهولة
الابتسامة من الأذن للأذن	اضحك وابتسم بحيث يصل الأثر إلى الأذنين حتى تصبح الابتسامة طريقك المفضل	أشعر باسترخاء عضلات وجهي
اللسان	اضغط باللسان خلف الأسنان ثم دع اللسان يستريح فى الفم	أشعر بإزالة التوتر مع استرخاء اللسان فى فمى.
ثانيـاً: السـواعد لتحريك الساعد	حرك الساعد للخلف ثم دفعه للأمام مع تحريك اليد	أشعر بالدفء والهدوء والاسترخاء بين الكتف ولكوع
ثالثاً: الكتفين		
الأيدي والزراعين على جانب	ضغط يديك وذراعيك تماماً فى اتجاه معاكس لجسمك	أشعر بأن ذراعي ثقيلة ومسترخية أيضاً مرة أخرى
رابعاً: العنق		
الرقبة الخارجية	أثن رقبتك للخارج وبعد ذلك أرفع رأسك لمسافة بوصة واحدة من حولك.	أشعر أن التوتر فى عضلات رقبتي بدأ يزول وأشعر بالراحة.
الرقبة الداخلية	اسحب رقبتك فى اتجاه عنقك أو أنظر لأسفل واضغط رأسك للخلف	أشعر براحة فى رقبتي وكتفي والجزء الخلفي من الرأس
الانحناء للخلف	انحن للخلف إلى أقصى ما يمكن استرخ على كرسي أو على البلاط بالكتفين	أشعر بالراحة وإزالة التوتر
هز الكتفين	حاول لمس أذنيك ثم بعد ذلك اتركها تعود إلى حالتها.	أشعر بالاسترخاء وخاصة فى الجزء العلوى من الجسم.
خامساً: المعدة		
شدة المعدة	شد عضلات المعدة حتى تضيق وتضيق ثم بعد ذلك دعها تعود مرة أخرى	أشعر بالدفء والاسترخاء
سادساً: الساق		
ضغط أصابع القدم	تثبيت القدم وأصابع القدم نحو باطنها	أشعر بالدفء والاسترخاء للقدم

الجلسة السادسة؛ المعتقدات الخاطئة عن الامتحانات

توجد معتقدات شائعة عن الامتحانات ونتائجها، وهي افتراضات غير معقولة وخرافية وسوف نعرض لهذه المعتقدات والأفكار والإرشادات الخاصة بها:

م	المعتقدات الخاطئة عن الامتحانات	الأفكار والإرشادات الخاصة بها
١	مستقبلي سوف يتهدم إذا رسبت/إذا لم أحصل على الدرجات التى أريدها	الامتحانات طريقة هامة للأفراد للتعرف على كفاءة كل فرد ومدى ملاءمته للعمل والوظيفة فالنجاح فيها يفتح الأبواب أو الوظائف والأعمال ولكن الرسوب أو عدم الحصول على الدرجات التى تريدها يعنى أن الوظيفة/العمل المعين ليس متاحاً لك الآن وخاصة طبقاً للمستوى الذي حققته من الشهادات، ولكن اكتساب الخبرة والحياة لها معان هامة وأن الإحساس الداخلي بتحديد الهدف ساعد الوجود الإنساني وهذا لا يفتح بواسطة نتائج الامتحانات.
٢	أنا غير محظوظ فى الامتحانات	الحظ هنا مسألة تقال فى الألعاب الرياضية أو ألعاب القمار ولكن فى التحصيل هذا بالتأكيد يعتمد على الكفاءة والاستعداد والمراجعة مع توفيق من الله سبحانه وتعالى ويكون للحظ حد أدنى فى سهولة الأسئلة أو صعوبتها وهذا لا يعنى الاعتماد عليه تماماً.
٣	أنا غير جيد فى الامتحانات ولكن الآخرين أفضل منى	يوجد عنصران فى هذه المسألة الأول أن الأداء السابق هو الذى يحدد المحاولات فى المستقبل، والثانى مقارنة نفسك بالآخرين للتعرف على أدائك المناسب وبالتالى الهروب والاعتماد على الحظ للآخرين يؤدى إلى الكسل والضعف.
٤	الامتحانات تأتى صعبة جداً	الصعوبة قد تكون لشخص ما ولا تكون صعوبة للآخر وعموماً الامتحانات تتطلب فهم وخبرة ومعرفة خاصة وهى وسيلة للتعرف على الفروق الفردية ومستويات الطلاب وهى فنية تشمل الأفكار والمفاهيم وتشمل التعميم والتخصيص ولا يعنى هذا أنها أصبحت أكثر

		صعوبة إلا للشخص الذى ليس لديه خبرة أو أنشطة.
٥	لا أستطيع تغطية معظم مقررات المنهج وهذا سبب رسوبي فى الامتحانات.	من غير المعقول الاعتماد على المخاطرة والمغامرة بالتركيز على بعض المقررات دون الأخرى أو التركيز على بعض الموضوعات دون الأخرى هذا قد يؤدى إلى الفشل وتكون فرص النجاح قليلة، ومن غير المعقول أنك تخاف من عدم تغطية المنهج بطريقة كافية ويرجع ذلك لقلة مرات المراجعة لأن الممتحنون يركزون على متطلبات فهم المنهج كاملاً وماذا أعددت نفسك له.
٦	الامتحانات تأتى غير مناسبة وغيبية.	أن الخوف الشائع لدى معظم الطلاب أن الامتحانات التى تقدم لهم غير مناسبة وتفتقد إلى الحد الأدنى للمعرفة الأساسية أو الفهم وأنها تبتعد عن مستوى الدراسة وأنها تسبب للفرد الغباء كل ذلك يعتبر شعوراً بالإحباط اللهو أو التهريج ولابد من تغيير الاتجاهات والمعتقدات الخيالية السالبة عن الامتحانات.

الجلسة السابعة؛ قلق الامتحان

يعتبر قلق الامتحان عاملاً هاماً من بين العوامل المعوقة للتحصيل الدراسي بين الطلاب فى مختلف مستوياتهم الدراسية، وأن الكثير من طلاب الجامعات يفشلون فى دراساتهم بسبب عدم قدرتهم على مواجهة مواقف الامتحانات وما يصاحب هذه المواقف من قلق واضطراب يؤثر فى قدرة الطالب على التكيف المناسب مع موقف الامتحان وفيما يلي قائمة بمشكلات الامتحان مع تقديم بعض الأفكار والإرشادات لمواجهة هذه المشكلات.

مشكلتي مع	أفكار وإرشادات مفيدة
ماذا أفعل فى الامتحان؟	راجع معرفتك لعدد من الأسئلة السابقة وهل توجد تغييرات هذه السنة (تكلم مع الأساتذة).
كيفية بداية الامتحان	أقرأ التعليمات بعناية، وضع خطوط تحت الكلمات الهامة وضع خطة للإجابات ملخصة

معرفة أي الأسئلة أجيبها أولاً؟	أجب الأسئلة السهلة أولاً حتى تعطيك ثقة فى نفسك لإجابة بقية الأسئلة
معرفة كم الوقت المحدد لكل سؤال فى الامتحان؟	حدد ١٥ دقيقة من ٣ ساعات لقراءة التعليمات واختيار الأسئلة وتحديد الإجابات....إلخ مع تحديد دقائق للراحة والاسترخاء.
مع خوفي وعدم القدرة على الإجابة على أي سؤال عندما أقرأ أسئلة الامتحان	يحدث هذا بسبب القراءة السريعة للأسئلة ولكن أقرأ الأسئلة مرة ثانية وحدد كل الكلمات المهمة فى كل سؤال، تعلم التفكير بإيجابية أكثر.
الكتابة الرديئة وكثرة الأخطاء الإملائية أو نطقي فى الامتحان الشفهي	من المهم أن تعرف الحد الأدنى للإملاء والنطق وخاصة للأخطاء الشائعة ولكن الامتحانات غالباً ليس فيها تشديد أثناء التصحيح.
التوسع الكافي فى الإجابة لأن الوقت يجرى بسرعة	أكتب جمل قصيرة إذا كنت تجيد التعبير عن نفسك معظم الطلاب تظن الوقت يجرى بسرعة، الأسئلة محدودة كحد أدنى للمعرفة والتعرف على أثر العمل والاستذكار والمراجعة وبالتالي لابد من تدريب أصابعك على الكتابة مع استخدام الاسترخاء العضلي عند الضرورة.
عدم الإجابة على كل الأسئلة	إذا كانت الإجابات المطولة تضيع الوقت وبالتالي لا تستطيع الإجابة على كل الأسئلة الأفضل أن تجيب على الأسئلة كلها مع عدم الإطالة حتى لا تفقد درجات الاسئلة كاملاً.
تحديد الخطوط الأساسية للإجابة أثناء الامتحان	أن التدريب والممارسة أثناء المراجعة تعتبر جزءاً هاماً حتى تصبح خبرة سابقة تستفيد منها أثناء الامتحان وتساعدك فى الإجابة على أسئلة الامتحان.

الأستاذ أو الممتحن ليس عدواً للطلاب ولكن هو مساعد ومرشد للطلاب متعاطف ويدفع طلابه للحصول على الدرجات المرتفعة كلما أمكن، وعموماً الامتحانات تتطلب معرفة وفهماً وخبرة وهي وسيلة لمعرفة الفروق الفردية ومستويات الطلاب؟ وأن الممتحنون لا ينظرون إلى ضعف الطلاب أو عدم ملاءمة الإجابات بل يعطون الدرجات بناء على الإجابات المكتوبة بطريقة منظمة وواضحة وصحيحة ومبتكرة، وليس المقصود أن تكون كل الطلاب ممتازة جداً فى الامتحان، ولكن أن تكون جيدة على الأقل وفيما يلي بعض الأفكار والإرشادات لما يريده الأستاذ (الممتحن) من الطلاب:

ما يريد الممتحن (الأستاذ) منى	ما لا يريد الممتحن (الأستاذ) منى
أن أنجح	أن أرسب
أن أجيب على الأسئلة الموجودة فى الامتحان	أن أكتب كل ما أعرفه عن الموضوع سواء يتصل بالإجابة أم لا
أن أظهر ماذا فهمت وما ارتباطه بالسؤال المطلوب؟	أن أكتب كل ما أعرفه من حقائق وأشكال ورسومات أتذكرها بصرف النظر عن الفهم.
أن أخطط للإجابة متى تكون واضحة وفيها أرقام كبيرة للقراءة فى زمن قصير.	أن تكون الإجابة غير واضحة (ملخبطة)
أن أكتب جمل بسيطة قصيرة وبأسلوب مباشر متعلق بالإجابة على السؤال المطلوب	الثرثرة والكتابة الكثيرة غير الهادفة
أن أجيب على كل أجزاء السؤال	أهمال إجابة الجزء الثانى من السؤال مكتفياً بإجابة الجزء الأول
أن أذكر أمثلة ملخصة ومناسبة للسؤال بعد توضيح النقطة الرئيسية	ذكر أمثلة متنوعة قبل توضيح النقطة الرئيسية
إجابة الأسئلة مباشرة بعد تقديم موجز جداً لها.	إجابة الأسئلة بعد كتابة مقدمة طويلة قبل الدخول إلى الموضوع الأصلي للأسئلة
بناء الإجابة من خلال مقاطع وفقرات منفصلة متسلسلة وأن تكون الإجابة لها بداية ووسط ونهاية	إجابة الاسئلة بدون مقاطع، وتفتقد إلى خط واضح لتسلسل الإجابة.

الجلسة التاسعة والأخيرة؛ أساليب التعايش مع قلق التحصيل

تخصص هذه الجلسة لتقديم إرشادات للطلاب لإدارة قلق التحصيل والتعايش معه من خلال ما يلي: -

١-استخدام الحلم كهدف:

يعتبر الحلم أحد العوامل الهامة فى تحقيق العمل الجاد ومعرفة القدرة وهذا عامل داخلي ينبع من الشخص وهو القوة الدافعة للدراسة عند الشخص.

٢-استخدام تدريبات التخيل:

إن استخدام أحد تدريبات الاسترخاء للوصول إلى حالة من الراحة والاسترخاء واجب والآن تخيل نفسك فى نفس موقف الامتحان ولكن الحالة هادئة وأنت تجيب على أسئلة الامتحان، شعورك بالثقة يجعلك تعمل بكفاءة وبتركيز وإن ممارسة التخيل هنا إيجابي وواضح وأن إطلاق التخيل أكثر وأكثر.

٣-قراءة بعض الكتب فى الكليات التى تقدم خدمات إرشادية ومساعدات فعالة وبعض الخبرات الخاصة بمواجهة قلق التحصيل وقلق الامتحان.

٤-عندما تشعر بالقلق والضغوط وعدم القدرة على التعايش مع القلق هنا لابد من استشارة المرشد النفسى الذي يقدم المساعدة فى هذا المجال ففي كل جامعة أو كلية يوجد مرشد نفسي يقدم المساعدة للطلاب وفى الختام نطبق مقياس قلق التحصيل فى الاختبار البعدي ومناقشة الطلاب فى الملاحظات العامة عن الاستراتيجية التى قدمت لهم.

المراجع

١-إسماعيل بدر: مدى فاعلية فنية التخيل فى تخفيف القلق لدى طلاب الجامعة، المجلة المصرية للدراسات النفسية، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، العدد السادس، سبتمبر ١٩٩٣، ص ٨ – ١٨.

٢-أشرف عبدالقادر، إسماعيل بدر: التنبؤ بقلق التحصيل من خلال بعض العوامل المرتبطة بعادات الاستذكار لدى عينة من طلاب المرحلتين الثانوية والجامعية، مجلة كلية التربية ببنها، المجلد العاشر، العدد (٣٩)، يونيو ١٩٩٩، ص١١-٦٣ .

٣-زكريا توفيق: دراسة قلق الاختبار وعلاقته بالمهارات الدراسية والتحصيل الدراسي لدى طلاب المرحلة الثانوية، الكتاب السنوي فى علم النفس، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المجلد الخامس، ١٩٨٦، ص١٤٩ – ١٦٤ .

٤-سليمان ريحان: أثر الاسترخاء العضلي فى التحصيل وخفض قلق الامتحان، المجلة العربية للبحوث التربوية، المجلد الثاني، العدد الثاني، يوليو ١٩٨٢، ص ٥١-٦٨ .

٥-على شعيب: قائمة قلق الاختبار لدى طلاب وطالبات المرحلة الثانوية بالمملكة العربية، مجلة رسالة الخليج العربي، الرياض، العدد (٢٥) السنة الثامنة، ١٩٨٨، ص ٩٦-١١٨ .

٦-عماد مخيمر: الخوف من النجاح وعلاقته ببعض خصائص الشخصية لدى طلاب الجامعة، المؤتمر الدولي الرابع، مركز الإرشاد النفسى، المجلد الأول ١٩٩٧، ص ٢٩٥-٣٢٦ .

٧-فؤاد أبو حطب، وآمال صادق : علم النفس التربوي، ط٢، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٨م.

٨-ماهر الهوارى، محمد الشناوي : مقياس الاتجاه نحو الاختبارات (قلق الاختبارات)، مجلة رسالة الخليج العربي، الرياض، العدد ٢٢، السنة السابعة، ١٩٨٧، ص ١٧١-١٩٦ .

٩-محمد إبراهيم : فعالية الإرشاد الفردي والجماعي فى تحسين عملية الاستذكار لدى طلاب الجامعة، المؤتمر الدولي الرابع، مركز الإرشاد النفسي، المجلد الأول، ١٩٩٧، ص ٢٥١-٢٩٤ .

١.محمد الطيب : دراسة لمستوى قلق الامتحان بين طلاب كليات جامعة طنطا، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد السادس إبريل –يونيه، ١٩٨٨، ص ١١-١٩ .

١١-مصطفى تركى : قلق الامتحان بين القلق كسمه والقلق كحالة، مجلة العلوم الاجتماعية، الكويت، العدد الثالث، السنة التاسعة، ١٩٨١، ص ٢٧-٣٦ .

١٢-مها عبداللطيف : مدى فاعلية برنامج تدريبي لتحسين بعض عادات الاستذكار لدى طلاب المرحلة الثانوية (ماجستير غير منشورة، كلية التربية ببنها، ١٩٨٩م).

١٣-يوسف مراد : مبادئ علم النفس العام، ط٤، القاهرة، دار المعارف، ١٩٦٢م.

14-Acres, D., : How to Pass Exams Without Anxiety, Fourth Edition, How to Books, the Cromwith with press, **Broughthon Gifford**, 1995.

15-Austin, J and Others : Prevent School failure Treat test Anxiety **Preventing School Failure Vol. 4., No.1, 1995**, P. 1.-13.

16-Bembentty , and Others : The Relationship between Test Anxiety and Self – Regulation on Students Motivation and Learning the Annual Meeting of **The American Psychological Society Washington, DC. May, 1998 in Eric.**

17-Boutin, F, : Effect of Achievement Anxiety on Study Habits, **American Journal of Mental Deficiency**, Vol. 1.4, No.3, 1999 P. 5.5 – 521 .

18-Chang, M. Study : Aid test and Level of Anxiety Dusseldorf West Germany, Jun, 1985. Paper Presented at The **International Conference of the Society For Test Anxiety Research**, 1985.

19-Chapin, L. , : The Relationship between the Achievement Anxiety and Test Anxiety, **British Journal of Psychology Vol. 87, 1996, P. 267- 283.**

20-Collins, L, : Effective Strategies for Dealing With Test Anxiety teacher to teacher Series **Kent State University Oh. Ohio Literacy Resource Canter, 1999, in Eric.**

21-Condry, J and Sharon, D., Fear of Success :
Attribution of Cause the Victim
Journal of Social Issues Vol. 32, No.s, 1976, P. 64- 81.
22-Cooley, E. and Toray, T., Coping in Women Collage
Students : The Influence of experience, **Journal of
College Student Development, Vol. 39, No. 3, May – Jun
1998,** P. 291 – 295.
23-Denato, M. : Achievement Anxiety, **Teaching of
Psychology, Vol. 23, No.2, 1995,** P. 356 – 371.
24-Dudley, B. C. : Comparison of Study Habits and
Academically Unsuccful **American Indian Sludemts in
Higher Education 1986., in Eric**.
25-Elliott, T. and Others, : Problem – Solving appraisal
Self – reported Study Habits and Performance of
Academically At. Risk College Students **Journal of
Counseling Psychology Vol. 37**, No. 2, P. 2.3 – 2.7.
26-Entwistle, N and Kozeki, B. : Relationship between
School Motivation approaches to Studying and Attainment
among British and Hungarian Adlescents **British Journal
Educational Psychology Vol. Ss, 1985., P. 124 – 137.**
27-Gordon, and Wayne, L. : An analysis of the
Measurement of Study Strategy, Paper Presented at The
Annual Meeting of Midwestern **Educational Research
Association 1994, in Eric.**
28-Griffin, B. and Griffin, M., : the Effect of Reciprocal
Peer Tutoring on Graduate Students Achievement, Test
Anxiety, and Academic self – Efficacy. **Journal of**

Experimental Education, Vol. 65, No.3, 1997, P. 197 – 2.9.

29-Hembress, S. : Achievement Anxiety : British Journal of Psychology, Vol. 86, No.1, 1997, P. 194 – 214.

3.-Joseph, R., : The Relationship of Achievement in Collegiate Business Programs over Student Study Habits and Attitudes, **Dissertion Abstract international Vol 39, No4, P978**, P. 2.15.

31-Krugman, M. and Others,: Neuro Linguistic Programming Trealment for Anxiety Magic or Myth?. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 53, No.4, 1985 P. 526-53..**

32-Light, L. and Alexakos, G, : Effect of individual and Group Counseling on Study Habits. **Journal of Educational Psychology Vol. 63, No. 1., 197.,** P. 45. – 454.

33-Madders, J. Stress and Relaxation : Self Help Techniques for Every one,**London Macdonald Optima, 1988**.

34-McDaniel, L, T.E.S.T.S. : (Taking Every Student to Success) Another Way to Assess, 1998,**in Eric**.

35-Nicaise, M., : Treating test Anxiety A Review of three Approaches Teacher Education and Practice Vol. 11, No.1, 1995, P. 65-81.

36-Pyrd, S. : Relationship between Achievement Anxiety, Locus of Control and Knowledge of Study Skills, **Developmental Psychology, Vol. 34 No.3, 1998,** P. 151 – 163.

37-Ragan, J. M. and Ragan, J. J., : Working Effectively with People Contributions of Neurolingvistic Programming (NLP) to Visual Literacy. **Journal of Visual, Verbal Languaging Vol.2, No2., 1982**, P. 67 – 79.

38-Rowntree, D. : Learn How to Study, **London, Macdonald, revised Edition, 1976.**

39- Schenk, L., : the Curriculum for test Mastery, 1998 **in Eric.**

4.-Vanzile, T. and Carol, M.: Factors Underlying Congitive Strategy use Paper Presented at the Annual Meeting of the **Eastern Educational Research association Educational Research** Feb. 1998**.**

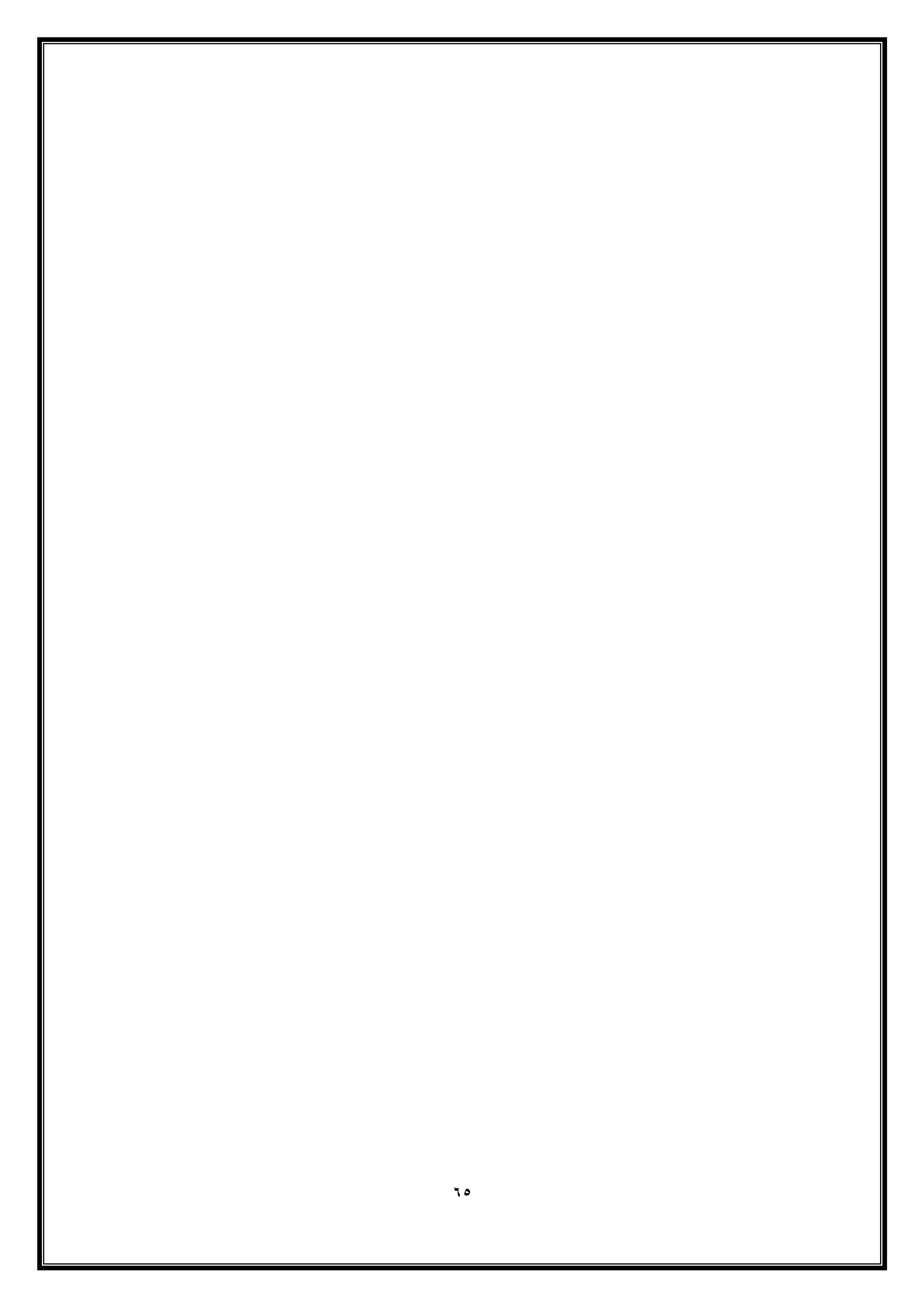
41-Watson, J : Achievement Anxiety test Dimensionality and Utility **Journal of Education Psychology Vol.8, No.2, 1988,** P. 585 – 591.

42-Webster, M., : Webster's Ninth New Collegiate Dictionary, **Springfield, Massachusetts U.S.A, 1988.**

43-Williams, J. E., : Gender – Related Worry and Emotionality Test Anxiety For High Achieving Students **Psychology in Schools, Vol. 33 No.2, 1996,** P. 159 – 162.

44-Williams, M. and Janice, E. : The Role of Test Anxiety in the Self – Regulated Learning to Motivating Relation Ship Paper Presented at The Annual Meeting of **American Educational Research Association, San Diego April, 1998, in Eric.**

45-Woods, N., : the Effects of Systematic Desensitization on Achievement Anxious Students in An Urban Community



الفصل الرابع

إرشاد الشباب

- 🕮 الملاحظة
- 🕮 المقابلة
- 🕮 دراسة الحالة
- 🕮 الاختبارات
- 🕮 الاستبيانات

إرشاد الشباب Youth counseling

تعرف مرحلة الشباب بمرحلة الشباب ،وهي المرحلة بين مرحلتي الطفولة والرشد، وصفة مرحلة الشباب بمرحلة عواصف وتوتر وشدة، وتكتنفها الأزمات النفسية وتسودها المعاناة والإحباط والصراع والضغوط الاجتماعية، والقلق والمشكلات وصعوبات التوافق، والشباب لا تظهر لديه مشكلات عديدة مادام نموه يسير في اتجاهه الطبيعي ،وهؤلاء يرون في مرحلة الشباب مرحلة تحقيق الذات ،ومرحلة الحب والمرح، ومرحلة نمو الشخصية وصقلها ،ومع هذا كله فإن مرحلة الشباب فيها الكثير من النمو وفي الوقت نفسه فيه الكثير من المشكلات.

خصائص النمو في مرحلة الشباب

١- مرحلة بلوغ حرجة تبدأ بالبلوغ الجنسي يصاحبه تغيرات جسمية وانفعالية واجتماعية
٢- طفرة النمو في هذه المرحلة، فينضج هيكلياً وجسمياً، ونمو المهارات الحركية .
٣- ينمو الذكاء ويظهر التمايز في القدرات العقلية، ويتجه الشاب نحو النضج العقلي والتقدم في التعليم والتحصيل ..
٤- نمو الانفعالات وتتميز بالسيولة والعنف ،والتذبذب ،والتناقض، والقوة والحماس والحساسية إلى أن تصل إلى الاستقلال والاستقرار والنضج الانفعالي
٥- ينمو الشاب في هذه المرحلة اجتماعياً، ويستقل ويؤكد ذاته ويتصل بالرفاق والأصدقاء ويساير سلوكهم ويغايره ويتآلف معهم ويتنافس معهم ويمارس الزعامة
٦- ينمو الشاب في النواحي الأخلاقية والدينية ،ويتعلم تحمل المسئولية الاجتماعية
ويعرف إرشاد الشباب
بأنه عملية المساعدة في رعاية وتوجيه نمو الشباب نفسياً وتربوياً، ومهنياً واجتماعياً، والمساعدة في حل مشكلاتهم اليومية.

الهدف من إرشاد الشباب

يهدف إرشاد الشباب إلى مساعدتهم لتحقيق نمو سليم متكامل، وتوافق سوي شامل، وتحقيق أفضل مستوى ممكن من الصحة النفسية.

الحاجة إلى إرشاد الشباب

فئة الشباب هي الفئة التي تحتاج إلى فهم عن غيرها من الفئات العمرية الأخرى، ولكي نفهم عالم الشباب لا بد أن نفهمه من وجهة نظر الشباب ومن واقع إطاره المرجعي.. ومرحلة الشباب هي مرحلة في غاية الخطورة حيث تعتبر منطقة الوصل بين المرحلة اللانضج وهي مرحلة الطفولة وبين مرحلة النضج وهي مرحلة الرشد.

مشكلات الشباب

إذا كانت الحاجة للإرشاد النفسي تزداد في فترات الانتقال والنمو السريع وزيادة التوقعات الاجتماعية ومطالب النمو فإن الشباب هي المرحلة التي ينبغي أن تكثف فيها الخدمات الإرشادية نظرا لكثرة ما يمر به الفرد من تغييرات في جميع مجالات نموه، ولزيادة إلحاح كل

من المطالب النفسية والتوقعات الاجتماعية.

خصائص مرحلة الشباب

يعتبر النمو الجنسي من الملامح النمائية البارزة والواضحة في مرحلة الشباب وعلامة على الانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الشباب، ويتلخص أهم ما يحدث من نمو جنسي في نضج الغدد التناسلية، أي أن تصبح قادرة على أداء وظيفتها في التناسل وإفراز الهرمونات وما يترتب على ذلك من ظهور العلامات الجسمية الدالة على البلوغ، وينتقل المراهق من الجنسية المثلية إلى الجنسية الغيرية وتظهر الكثير من الاهتمامات الجنسية في هذه المرحلة بموضوعات الجنس وقصصه ورسومه وصوره .

وتكتمل في هذه المرحلة الوظائف العقلية العليا، كما تظهر القدرات الخاصة كالقدرة اللغوية والرياضية والفنية.. وغيرها، كما تزداد سرعة التحصيل ونمو التذكر معتمدا على الفهم واستنتاج العلاقات وتزداد القدرة على التخيل المجرد والقدرة على التفكير والاستدلال وحل المشكلات والتحليل و التركيب وتنمو أيضا القدرة على التفكير النقدي والتجريدي.

أما من الناحية الانفعالية فتتصف انفعالات المراهق بالعنف بصورة لا تتناسب مع مثيراتها ولا يستطيع التحكم فيها، كما نلاحظ عدم الثبات والاتزان الانفعالي والخجل والميول الانطوائية والتمركز حول الذات وحب التفرد ومشاعر الذنب وانتشار المخاوف المرضية وأشهرها المخاوف الجنسية والاجتماعية، وتدفعه تلك الانفعالات إلى اللجوء لأسلوب من الأساليب اللاتوافقية للتخلص من التوتر الذي يعاني منه ومن بينها أحلام اليقظة والتقمص والنشاط الزائد والانعزال والمبالغة في المثالية.

وفيما يتعلق بالخصائص الاجتماعية للمراهق نجد الصراع الذي يحدث بينه وبين أشكال السلطة فيصبح في حاجة شديدة للانتماء وإلى جماعة الرفاق ويصبح لهذه الجماعة وزن في التأثير على سلوكه ويظهر أيضا في هذه المرحلة الاهتمام بالمظهر الشخصي، وينمو الوعي الاجتماعي وتحمل المسئولية الاجتماعية ويلاحظ أيضا التذبذب بين الأنانية والغيرة، والميل إلى الزعامة، كما أنه يحاول تأكيد مكانته بمنافسة زملائه في ألعابهم وتحصيلهم ونشاطهم.

أهم مشكلات مرحلة الشباب:

المشكلات الجنسية:

ومنها على سبيل المثال لا الحصر (البكور الجنسي وما يصاحبه، والتأخر الجنسي وما يتعلق به، نقص المعلومات الجنسية الصحية، ونقص التربية الجنسية، والبطالة الجنسية، وممارسة العادة السرية).

المشكلات الانفعالية:

ومنها الشعور بالقلق، ونقص الثقة بالنفس، والجناح، والسلوك العدواني، والغضب، والعصيان، والتمرد، والخجل، والانطواء، والاغتراب، وعدم القدرة على تحديد المسئولية، وعدم القدرة على السيطرة على الانفعالات والمخاوف المرضية (كالمخاوف المدرسية، والاجتماعية، والجنسية، والصحية) والتناقض الوجداني.

المشكلات الصحية:

ومنها ظهور بثور الشباب، ونقص الوزن أو زيادته، واضطراب النوم، وعدم الوعي بمقدار ونوع الغذاء الصحي، ونقص الرعاية الصحية، نقص الشهية العصبي، أو الشرة العصبي وسوء استعمال الأدوية النفسية.

المشكلات المدرسية:
ومنها عدم القدرة على تنظيم وتخطيط الاستذكار، والتسيب وعدم الانضباط، وعدم الرغبة في الانخراط في النظام المدرسي، وعدم تناسب المناهج مع اهتماماتهم، وعدم احترام المدرسين، وإثارة الشغب في الفصل وكثرة التهريج، السخرية من الزملاء وعدم احترامهم، وطول اليوم الدراسي، وعدم الميل إلى مادة دراسية أو أكثر، وعدم التركيز في الفصل، التأخر الدراسي، والهروب من المدرسة، وعدم الخضوع لأوامر المدرسين، وعدم الاهتمام بأداء الواجبات المدرسية، والتأخر عن المدرسة.

المشكلات الاجتماعية:
ومنها عدم الإلمام بالمعايير الاجتماعية، ومسايرة أصدقاء السوء، التمرد على السلطة، وقلة عدد الأصدقاء أو وعدم القدرة على تكوين صداقات جديدة، ونقص الخبرة في الاحتكاك الاجتماعي والمواقف الاجتماعية، والعزلة الاجتماعية، والبعد عن الزعامة.

المشكلات الأسرية:
ومنها المبالغة في فرض القيود، وعدم الصراحة والحرية في المناقشات، ونقص الخصوصية في الأسرة، والعلاقات السيئة بين الأخوة، نقص المصروف، وعدم سواء العلاقة بين المراهق والوالدين، عدم الحرية في عمل الصداقات، وقد تكون المشكلات الأسرية بسبب وفاة أحد الوالدين أو الانفصال أو الترمل أو زواج أحدهما أو كليهما.

المشكلات الدينية:
ومنها عدم التوازن بين التزمت والتحرر، والتعصب الديني، وتأنيب الضمير الزائد، ونقص المعلومات الدينية فيما يتعلق بالحلال والحرام، والشك الديني، وعدم إقامة الفرائض والشعائر الدينية.

المشكلات المهنية:
ومنها نقص التأهيل والتدريب المهني، ونقص الخبرة بميادين العمل المتاحة، وعدم معرفة أماكن التأهيل والتدريب المهني، وعدم الربط يبن الميول المهنية والمهنة التي يشغلها.

برنامج إرشادي تربوي للوقاية من سوء استعمال الأدوية النفسية لدى الناشئين

إسماعيل إبراهيم محمد بدر

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة

المخدرات هى المواد التى تؤثر على الإنسان إما بدنياً أو نفسياً. ومعظم الناس يعتقد أن المخدرات هى المواد غير المصرح بها فقط كالهيروين أو الكوكايين أو الأفيون أو الحشيش، بينما المواد المصرح بها كالأدوية المنشطة أو المنومة أو المهدئة ليست من المخدرات لأنها تستعمل فى العلاج.

وعلى الرغم من أنه فى بداية القرن العشرين كانت تستعمل هذه المخدرات للمتعة ولم تكن مشكلة حينئذ، بينما ظهر فى أواخر القرن العشرين زيادة ملحوظة فى استعمال المخدرات وكذلك فى العقود الأخيرة زادت استعمالات الأدوية المنشطة والمهدئة والمنومة والمسكنة للآلام زيادة مطردة وذلك ليس لأغراض علاجية بل للحصول على المتعة والراحة.

(Haughton, 1997, 4-5)

ومما يزيد المشكلة سوءاً أن انتشار استعمال هذه المخدرات بأنواعها المختلفة بين الناشئين، لدرجة أن استعمال هذه المخدرات لم يكن بهدف المتعة فقط، بل أصبحت المخدرات الآن جزءاً من ثقافة الناشئين، وهى تظهر فى مظاهر كثيرة منها الموضة والموسيقى الصاخبة ومشاركة الأصدقاء فى مشاعر المتعة والتجربة، ويرسخ فى ذهن هؤلاء الناشئين فى الإصرار والإلحاح على استعمال هذه المخدرات ليس بسبب الاعتماد الجسمي أو النفسى، بل فقط من أجل المتعة وجعل الحياة عادية دون مشاكل.

وكثير من الناشئين ممن يستعملون هذه المخدرات سواء المصرح بها أو غير المصرح بها لا يعرفون أضرارها بل كثير منهم يؤكدون بأنها مفيدة إذ تسبب لهم الاسترخاء وتزيد من الأداء البدني والعقلي، وتجعلهم يشعرون بالدفء والصداقة مع الآخرين وكذلك تخفف القلق، وتكثر الأحلام والتخيلات الجميلة وظهر ذلك واضحاً من الدراسة التى أجراها الباحث على عينة من المراهقين. *(إسماعيل بدر، ١٩٩٣، ١٣)*

ولكن منظمة الصحة العالمية والمتمثلة فى هيئة خبراء سوء استعمال المخدرات (١٩٩٣-٤-٦) Expert committee on Drug Dependence قررت أن المخدرات مثل الهيروين والكوكايين والمورفين والحشيش والأفيون تعتبر محرمة وأضافت أيضاً أن سوء استعمال الأدوية المخدرة مثل المهدئات والمنشطات والمنومات وأدوية الهلوسة تعتبر محرمة أيضاً، بل

قررت أن مواد مثل كريم الشعر hairspray وسائل التصحيح الأبيض **Correction fluide**، والغراء **glue** تعتبر مخدرات منشطة **stimulant drugs.**

ومن خلال تتبع ظاهرة استعمال المخدرات نلاحظ أنها تنتشر بين الناشئين فى كثير من دول العالم ففي انجلترا أكد المعهد القومي لسوء استعمال المخدرات **National institute of Drug abuse.**

أن أكثر من ٦٧% من الناشئين من سن ١٣ إلى ١٩ سنة يستعملون المخدرات، وأن ٢٥% يستعملون المخدرات أسبوعياً مما ساعد على زيادة حوادث السيارات بينهم.

(Watson, 1988, 16-17)

ولقد أثبتت الدراسة الطولية التى قام بها المركز الاستشاري لسوء استعمال المخدرات ***(Advisory Council on the Misuse of Drugs 1993, 9-1.)*** منذ (١٩٨٧ حتى ١٩٨٩) لعدد (٧٧٦) تتراوح أعمارهم بين (١٤-١٥) سنة أن حوالى ٥٩% يستعملون المخدرات بأنواعها المختلفة ١٦% منهم استعملوا الحبوب المنشطة، ٦% منهم استعملوا الحبوب المنومة لدرجة أنهم وصلوا إلى مرحلة الإدمان وكانت البداية سوء استعمال هذه الأدوية.

ولقد أوضحت هانت (١٩٩٧) Hunt أن هناك زيادة لدى المراهقين من استعمال أدوية الهلوسة والأدوية المنشطة لانخفاض سعرها وسهولة الحصول عليها فى الولايات المتحدة الأمريكية.

ومن الدراسات الرائدة فى العالم العربي فى هذا المجال دراسة مصطفى سويف وآخرون (١٩٨٩، ٣٣١ - ٣٩٧) حول البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات فى مصر ويرجع تأسيس هذه البرنامج إلى عام (١٩٧٥) والذى أوضح أن مشكلة تعاطى المخدرات فى مصر وصلت إلى مستوى متفاقم وخاصة سوء استعمال الأدوية النفسية لأسباب غير طبية وقد شمل البرنامج المرحلة الثانوية بنوعيها العام والفني وأيضاً المرحلة الجامعية، واشتملت عينة الدراسة على الجنسين وخاصة فى القاهرة الكبرى.

ومما يثير الدهشة هو ارتفاع معدل القابلية لتعاطى المخدرات لدى طلاب المرحلة الإعدادية إلى ٢٢% وهى نسبة تعد خطيرة بالنسبة لهذه المرحلة الدراسية مما يؤكد أن سن الشباب ينتشر فيه ظاهرة تعاطى المخدرات بأنواعها المختلفة.

(زين العابدين، ١٩٩٧، ١.٣ - ١.٤)

ولمواجهة هذه الظاهرة بدأ كثير من الدول تبذل مجهودات كبيرة فى التصدي لها وخاصة فيما يتعلق باستعمال المخدرات عموماً، وسوء استعمال الأدوية النفسية خصوصاً وهذا ما دعا المملكة المتحدة فى تأسيس المركز الاستشاري لسوء استعمال المخدرات (١٩٧١) **(AC MD)** *(The Advisory Council on the Misuse Drugs)*.

والذي بدأ فى عملية مسح شامل لمشكلات سوء استعمال المخدرات وتقديم النصائح والإرشادات، وفى عام (١٩٨٤) أنعقد مجلس المركز لوضع تقدير عن كيفية الوقاية من سوء استعمال المخدرات، وذلك من خلال تقديم مقاييس للتعرف على طرق الوقاية ومحاولة تقليل مخاطر سوء استعمال هذه المخدرات.

وبدأت المجهودات عام (١٩٩١) باستخدام طريقة المشاهد الصادمة **Shocking images** أو طريقة النماذج الشريرة **Daminant Models** كمحاولة لإقناع الناشئين فى الابتعاد عن هذه المخدرات، ولكن رغم ذلك تزايد عدد الناشئين يوماً بعد يوم فى استعمال هذه المخدرات، وأرجع المختصون ذلك إلى أن هذه الطرق كانت مضخمة **exaggerated** ولم يصدقها الناشئون. *(Haughton, 1997, 18-19)*

وفى السنوات الأخيرة ظهرت برامج تربوية للوقاية من المخدرات **(Drug Education)** والتى تهدف إلى تشجيع الناشئين على رفض استعمال المخدرات، وقد بدأ تطبيقها فى انجلترا وفرنسا وأمريكا وهولندا.

وقد أكد جونسون (١٩٩١) Johnson أن البرامج التربوية للوقاية من استعمال المخدرات فى المدارس الثانوية ساعدت فى تقليل عدد الناشئين الذين يستعملون هذه المخدرات. **(Advisory council on the Misuse of Drugs, 1993, 13)**

وقد أشار هاسلام وآخرون (١٩٩٦) **Haslam, R. Et al** إلى أهمية دور المدرس فى التشخيص والعلاج وبخاصة فى المشاكل الطبية فى الفصل الدراسي ومنها تعاطى المخدرات وسوء استخدام الأدوية النفسية والمشاكل السلوكية الناتجة عن ذلك.

وقد قامت ديسنبرى وآخرون (١٩٩٧) **Dusenbury. et al** بعمل تقييم شامل لحوالى (٤٧) برنامجاً للوقاية من سوء استعمال المخدرات، وأوضحت أنه يوجد (١١) برنامجاً فقط كانت لها فاعلية فى تقليل عدد الناشئين المقبلين على استعمال المخدرات وأوصت بتقديم مزيد من البرامج التربوية الإرشادية وخاصة فى المدارس الثانوية.

(Duscnbury , et al., 1997, 127 – 132)

وهذا ما دعا المعهد القومي فى واشنطن فى وضع استراتيجية للتحكم فى استعمال المخدرات (١٩٩٧) The National Drug control strategy.

تتكون من ثلاث خطوات رئيسية هى :

١-تدريب وتمكين الناشئين من رفض المخدرات.

٢-وضع ضوابط فى استعمال المخدرات وخاصة فيما يتعلق بالأدوية النفسية لتزايد الأقبال عليها من قبل الناشئين.

٣-تقديم برامج إرشادية تشتمل على النواحي النفسية والتربوية والاجتماعية.

وفى عام (١٩٩٣) أشار تقرير المركز الاستشاري لسوء استعمال المخدرات على ضرورة تقديم برامج تربوية للوقاية من المخدرات فى المدارس Drug Education Schools وتهدف هذه البرامج إلى إعطاء الطلاب المعلومات الدقيقة عن المخدرات على حسب المرحلة الدراسية والعمر، وكذلك تدريب الطلاب على المهارات التى يحتاجونها لمقاومة ضغوط استعمال المخدرات ممن يحيطون بهم، وتشمل البرامج العمر من ٦ إلى ١٦ سنة.

ومن خلال الدراسة الاستطلاعية التى قام بها الباحث للتعرف على نوعية المخدرات التى تنتشر بين الناشئين فى مصر على عينة بلغت (٨٥٧) طالباً وطالبة فى المراحل الدراسية المختلفة من المرحلة المتوسطة حتى الجامعية فى محافظات القليوبية والشرقية والدقهلية بجمهورية مصر العربية، واتضح أن المخدرات التى تنتشر بين الناشئين هى الأدوية النفسية ومنها المهدئة والمنومة والمنشطة والمهلوسة، وذلك بسبب سهولة الحصول عليها وعدم تحريمها من قبل المجتمع.

وأصبحت ظاهرة سوء استعمال الأدوية النفسية المتمثلة فى استعمال هذه الأدوية بدون استشارة طبية أو الاستعمال المفرط لها من قبل الناشئين من المشكلات التى تتطلب تضافر جهود كل من الأسرة والمدرسة ومؤسسات المجتمع الأخرى للوقاية من هذه المشكلة التى تفاقمت بين الناشئين، والبيئة العربية تحتاج لمزيد من الأبحاث فى مجال سوء استعمال الأدوية النفسية، ويتفق الجميع على أن الوقاية خير من العلاج ومما سبق كان الاهتمام بوضع برنامج إرشادي تربوي للوقاية من سوء استعمال الأدوية النفسية ويطبق هذا البرنامج من خلال المدرسة.

أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة الحالية فى أنها تتناول مشكلة سوء استعمال الأدوية النفسية بين الناشئين، كإحدى المشاكل التى تثير القلق بسبب انتشارها المتزايد خلال السنوات الأخيرة، كما تقدم الدراسة استبياناً للكشف عن العوامل والأسباب والأضرار الناتجة عن سوء استعمال هذه الأدوية من النواحى الصحية والنفسية والاجتماعية لهؤلاء الناشئين، كما تساهم الدراسة أيضاً فى تقديم برنامج إرشادي تربوي للوقاية من سوء استعمال الناشئين للأدوية النفسية وهذا البرنامج يقدم من خلال المدرسة.

مصطلحات الدراسة

١-البرنامج الإرشادي التربوي Educational counselling:

هو برنامج مخطط منظم فى ضوء أسس علمية يتم داخل المدرسة، ويقوم بتخطيطه وتنفيذه وتقيمه لجنة وفريق من المسئولين المؤهلين، وذلك لمساعدة الناشئين على تحقيق التوافق النفسى داخل المدرسة وخارجها. *(حامد زهران، ١٩٨٠، ٣٧٦ ، ٤٣٩)*

٢-سوء استعمال الأدوية Misuse of Drugs :

هو الإصرار أو التعود أو الإفراط فى استعمال الأدوية بدون استشارة طبية.

(Advisory council on the Misuse of Drugs, 1993, 9)

٣-الأدوية النفسية Psychological Drugs :

هى مجموعة من المركبات الكيميائية المصنعة والتى تستخدم فى علاج الأمراض النفسية ومنها الأدوية المنشطة والمنومة والمهدئة وأدوية الهلوسة.

(Kaufman, 1995, 35)

الإطـــــار النظري

أولاً: الأدوية النفسية Psychotropic Drugs:

١ـتعريفها وأنواعها:

قبل التحدث عن الأدوية النفسية نود الإشارة هنا إلى المخدرات Drugs والتى تتعدد أنواعها طبقاً لمنشأها أو طبيعتها أو طريقة استعمالها، وسوف يقتصر الباحث على تصنيف المخدرات على أساس منشئها وطبيعتها وهى على النحو التالي:

أـالمخدرات الطبيعية:

وهى عبارة عن النباتات التى تحتوى أوراقها أو ثمارها على المادة المخدرة الفعالة ومن أهم هذه النباتات (الأفيون Opium، الحشيش Cannabis، القات Khat، الكوكا Coca).

بـالمخدرات المصنعة:

وهى عبارة عن المخدرات المستخلصة من المخدرات الطبيعية ومنها المورفين Morphine، الهيروين Heroine، الكودايين Codaine، الميثادون Methadon.

جـالمخدرات الاصطناعية (الكيميائية):

وهى عبارة عن مجموعة من المركبات الكيميائية المختلفة ومنها المثبطات Depressant، المنشطات stimulants، المهدئات Tranqulizers، عقاقير الهلوسة Hallucinogens.

والأدوية النفسية تنتمي إلى المخدرات الاصطناعية وهي مجموعة من المركبات الكيميائية المصنعة والتى تستخدم فى علاج الأمراض النفسية والعقلية واضطراب السلوك كالقلق والفصام والاكتئاب والأرق، وتنقسم هذه الأدوية النفسية من حيث تأثيرها إلى ما يلى:

١ـمسكنة (مثبطة) Analgesic

٢ـمنومة soporific

٣ـمنشطة Euphoriant

٤ـمهلوسة Halluciogens

(Kaufman, 1991, 35)

وتم تقسيم الأدوية النفسية إلى أربعة أنواع رئيسية هى:

١-الأدوية المنشطة Stimulants :

وهى مجموعة مواد كيميائية مصنعة ومنها على سبيل المثال الامفتيامينات Amphetamines، وهى تستعمل لزيادة النشاط وتحمل التعب وعدم الشعور به، عدم الشعور بالجوع، وعدم الشعور بالحاجة إلى النوم لمدة طويلة.

(انور عبد الحميد، ١٩٧١، ٣١.)

٢-الأدوية المنومة Depressants Drugs:

وهى مجموعة مواد كيميائية مصنعة ومنها البارابيتورات Barbiturates، وهى تستعمل لجلب النوم والسكينة، وتوصف طبياً فى حالات القلق والأرق والاضطراب العصبي.

(Plant et al. 1985, 7.)

٣-الأدوية المهدئة Tranquilliser Drugs :

وهى مجموعة مواد كيميائية مصنعة تستعمل فى علاج الأمراض العقلية لتهدئة مشاعر الانفعال والغضب والتوتر لدى المرضى، ولقد صنف عادل الدمرداش (١٩٨٢،١٤٢) المهدئات إلى نوعين هما:

أ-مهدئات عظمى Major Tranquillisers :

تستعمل فى علاج الأمراض العقلية كالفصام.

ب-مهدئات صغرى 'Minor Tranquillizers :

تستعمل فى تخفيف القلق المرضى والتوتر العضلى.

٤-أدوية الهلوسة Halluciogens Drugs :

وهى مجموعة مواد كيميائية مصنعة تستعمل لمساعدة المريض على تخيل ومعايشة خبرات الطفولة وذلك لحدوث التوهم Jllusionogen والخدع البصرية والسمعية.

(kaufman, 1991, 49)

٣-سوء استعمال الأدوية النفسية Psychotropic Drugs Misuse :

لقد حددت لجنة خبراء إدمان الأدوية المخدرة التابعة لمنظمة الصحة العالمية (١٩٩٣) Expert committee on Drug Dependence مصطلح سوء استعمال Misuse على

أنه "الإصرار أو التعود أو الإفراط فى استعمال الأدوية بدون استشارة طبية، مما يسبب أضراراً للصحة البدنية والنفسية".

ويميل الباحث فى هذه الدراسة استخدام مصطلح سوء الاستعمال بدلاً من مصطلح إدمان Addiction أو مصطلح اعتماد Dependence وذلك نظراً لطبيعة عينة الدراسة فهم الناشئين، ومصطلح سوء استعمال يعبر عن حالة الناشئين، وكذلك يتناسب مع وجهة نظر الوالدين وإدارات المدارس أيضاً بأن المشكلة التى تواجه الناشئين هى سوء استعمال وليست مشكلة إدمان.

وفيما يلى يستعرض الباحث أشكال سوء استعمال الأدوية النفسية وأسباب سوء الاستعمال وأيضاً الآثار الضارة لسوء استعمال هذه الأدوية وأخيراً الدراسات السابقة حول هذا الموضوع.

١-أشكال سوء استعمال الأدوية النفسية :

أ-الاستعمال بدون استشارة طبية.

ب-الإسراف (الإفراط) فى استعمالها.

جـ-الاستعمال بدافع حب الاستطلاع.

(Haughton, 1997, 6-8)

٣-أسباب سوء استعمال الأدوية النفسية :

تنقسم أسباب سوء استعمال الأدوية النفسية إلى ما يلى :

أ-الأسباب الصحية :

إن من بين الأسباب الصحية اعتقاد الطلاب أن استعمال الأدوية النفسية تساعد فى تسكين الآلام وزوال الصداع وكذلك زيادة القدرة الجنسية، واعتقادهم أن هذه الأدوية تفيد فى علاج أمراض جسمية مثل الإسهال والمغص الكلوي والتهاب المفاصل وذلك من خلال قراءة النشرة الطبية داخل علب الأدوية النفسية.

(جمال ماضي أبو العزائم، ١٩٧١، ٣١٥)

وقد أشار مصري حنورة (١٩٨٤، ١٥.) أن استعمال الطلاب للأدوية المنشطة والمنبهة لتساعدهم على تحمل المذاكرة لفترة طويلة وفى تنشيط القدرة العقلية.

ب-الأسباب الاجتماعية :

إن ضعف الوازع الديني لدى بعض الناشئين أو الهروب من واقع المشكلات فى البيت التى تجعل الجو الأسرى مملوء بالاضطرابات، كما أن انشغال الوالدين المستمر للكسب المادي يحرم الأبناء من التوجيه السليم، كل ذلك يعتبر من أهم الأسباب الاجتماعية للمشكلة.

ولقد أوردت لجنة خبراء إدمان الأدوية المخدرة التابعة لمنظمة الصحة العالمية (١٩٩٣) عدة أسباب لسوء استعمال الأدوية النفسية لدى الناشئين وهى:

١-سهولة الحصول على هذه الأدوية النفسية من الصيدلية.

٢-تقليد الآباء فى استعمالهم الأدوية النفسية يؤثر على الأبناء وخاصة لدى الناشئين من ١٢ إلى ١٨ سنة.

٣-انتشار أفلام الفيديو التى تعرض أفلاماً عن كيفية استعمال هذه الأدوية وتصور هؤلاء الشباب على أنهم أبطال، ولذلك انتشار القنوات الفضائية وما تحتويه من برامج تساعد على ذلك.

٤-تقليد أصدقاء السوء التى تستعمل هذه الأدوية مما يساعد على انتشارها بين الناشئين.

٥-التغير الاجتماعي وخاصة فيما يتعلق بوفرة الأموال التى ساعدت على وجود ظاهرة استعمال هذه الأدوية النفسية.

جـ-الأسباب النفسية:

يمكن الإشارة هنا إلى قول سارتر الذى أوضحه فى كتابه "نظرية فى الانفعالات" أن الشخص الذى يستعمل المخدرات شأنه شأن المنفعل، يغير نفسه بدلاً من أن يغير عالمه، فذلك مالا طاقة له به، وهذا التغير الذى يحدثه فى نفسه بواسطة المخدرات يتيح له إعادة بناء عالمه إعادة سحرية وهمية، وبالتالي لتحقيق ذلك يتعود على استعمال هذه المخدرات.

(سليمان الفالح، ١٩٨٨، ٦.)

وفى هذا الاطار أشار عادل الدمرداش (١٩٨٢، ٦٩-٧.) أن من بين الأسباب النفسية لسوء استعمال الأدوية النفسية هى :

١-تخفيف القلق والتوتر أو الاكتئاب.

٢-الدافع إلى حب الاستطلاع والفضول.

٣-تزويد الإنسان بخبرات روحية وانفعالية وفكرية.

٤-اللهو والتسلية والبحث عن الإثارة.

٥-خوف الشخص من أن تفوته خبرة ممتعة والرغبة فى مجاراة الرفاق.

٤-الآثار الضارة الناتجة عن سوء استعمال الأدوية النفسية:

سوف نستعرض هنا الآثار الضارة لكل نوع على حدة.

أ-الآثار الضارة لسوء استعمال الأدوية المنشطة:

إن استعمال الأدوية المنشطة قليلاً أو معتدلاً يؤدى إلى النشاط وزيادة الثقة بالنفس وتعزيز تصور الذات، وإثارة الشهوة الجنسية، وتحمل التعب لفترة طويلة.

بينما نجد أن سوء استعمال الأدوية المنشطة يؤثر على حساسية الجهاز العصبي والذى يسبب ضغط الدم، ويرفع معدل التنفس ويسبب الأرق والشعور بالتعب فجأة، والرغبة فى الأعمال العدوانية والثقة بالنفس تتحول إلى اضطراب التوهم العقلي **delusional**.

(Kaufman, 1991, 39-44)

ويؤكد عادل الدمرداش (١٩٨٢، ١٩٠-١٩٢) أن سوء استعمال الأدوية المنشطة يؤدى إلى نقص الوزن وسوء التغذية وتسبب معاناة الشخص بتقلب المزاج فيبدو مرحاً ثم يصاب باليأس والاكتئاب بعد انتهاء مفعول الدواء. (عادل الدمرداش ، ١٩٨٢ ، ١٩٠ـ ١٩٢)

ب-الآثار الضارة لسوء استعمال الأدوية المنومة :

أن استعمال الأدوية المنومة يؤثر على الجهاز العصبي المركزي **The center Nervous system**، ويسبب بطئ التفكير واضطراب فى الكلام، وضعف فى الذاكرة، وأن سوء استعمالها يؤدى إلى الإدمان وخاصة فى حالات الاستعمال المنتظم أو زيادة الجرعة الطبية. **(Haughton, 1997, 6-7)**

ويؤكد سليمان الفالح (١٩٨٨، ٣٥-٤٠) أن سوء استعمال الأدوية المنومة يسبب ارتعاش اليد والأصابع، وعدم القدرة على التحكم فى الحركات العضلية، وتؤدى إلى الارتخاء الجسدي العام، وعدم التناسق بين الحركات نتيجة التوتر العصبي.

وقد أشار عادل الدمرداش (١٩٨٢، ١٤٤-١٤٥) أن الجرعات الزائدة من الأدوية المنومة تصيب الفرد بالتسمم الحاد وضعف التركيز، وقد يصاب بالغيبوبة التى يصاحبها انخفاض فى ضغط الدم.

جـ-الآثار الضارة لسوء استعمال الأدوية المهدئة:

أن هذه الأدوية تستعمل لإزالة القلق والتوتر ولتهدئة مشاعر الانفعال والغضب، ولكن سوء استعمال هذه الأدوية وخاصة لدى الناشئين يسبب ضعف التركيز، وتقلل القدرة على التحكم فى حركات الجسم، وعدم القدرة على الحكم على الأشياء، والذى يؤدى إلى الرسوب والفشل فى الدراسة. *(Advisory council on the Misuse of Drugs, 1993, 11-2)*

ويؤكد عادل الدمرداش (١٩٨٢، ١٤٦-١٤٧) أن سوء استعمال الأدوية المنومة يؤدى إلى ظهور السلوك العدوانى والهياج العصبي بدلاً من السكينة والهدوء وخاصة بعد انتهاء مفعول الدواء، وإنها تسبب النسيان والكسل والخمول، كما أن الجرعات الزائدة منها تسبب الإدمان والتهاب الكبد وتليفه.

د-الآثار الضارة لسوء استعمال أدوية الهلوسة:

إن أدوية الهلوسة استخدمت قديماً فى جلسات العلاج النفسى لمساعدة المريض على تخيل ومعايشة خبرات الطفولة، إلا ن كوفمان Kaufman (1995, 5.-49) أكد على ظهور مضاعفات لهذه الأدوية وخاصة أن الذى يستعملها أول مرة يميل إلى استعمال كمية أكبر كل مرة لأنه يصبح أكثر حباً لخبرة التخيل والوهم والامتناع عن هذه الأدوية يؤدى إلى ظهور أعراض الاكتئاب وقد تتطور إلى جنون العظمة Paranoia.

وأضاف بلانت وآخرون Plant et al (1985, 71-75) أن سوء استعمال أدوية الهلوسة يسبب اضطرابات انفعالية متنوعة منها التغير المفاجئ من حالة مزاجية إلى أخرى، وحالات الارتباك والفوضى ومشاعر الوهم، والإحساس بأن الوقت يمر ببطيء، وأشاروا إلى أن بعض أدوية الهلوسة قد يمتد أثرها إلى أكثر من ٦ ساعات وبالتالي يسبب حدوث التخيلات وإغراق الشخص فى نوع من الأحلام البعيدة عن الواقع. *(Plant. Et al., 1985, 71-75)*

٥-الدراسات السابقة:

لقد حظي موضوع المخدرات باهتمام بالغ فى مجال الدراسة والبحث العلمي، ولكن موضوع الأدوية النفسية كفرع من المخدرات لم ينل الاهتمام الكبير نظراً للإشارة إليه ضمن دراسات المخدرات، وفيما يلى سوف نعرض مجموعة من الدراسات حول سوء استعمال الأدوية النفسية بين الناشئين.

فقد أجرى بروك وآخرون (١٩٧٣) Brook et al دراسة **عن استعمال المراهقين للمواد النفسية وتبين من الدراسة أن هؤلاء المراهقين يعانون من كثرة الاضطرابات الشخصية والمظاهر الذهنية. في: (مجدى حبيب، ١٩٩٢، ٩٧)**

وفى دراسة قام بها جمعان أبا الرقوش (١٩٨٥) عن دوافع استعمال المخدرات المصنعة ومنها الأدوية المنومة على عينة قوامها (٣.) فرداً، توصل الباحث إلى عدد من الدوافع هى:

مجاراة الأصدقاء – الهروب من المشاكل – قتل وقت الفراغ – حب الاستطلاع – مجاملة الأجانب.

وفى دراسة مماثلة قام بها سليمان الفالح (١٩٨٨) عن عوامل تعاطى المخدرات فى المملكة العربية السعودية وتوصل إلى أن أهم العوامل هى :

مخالطة رفقاء السوء – ضعف الوازع الديني – الطفرة المادية – قضاء وقت الفراغ – التحضر بصفته جانباً للتغير الاجتماعي.

وتعتبر دراسة مصطفى سويف وآخرون (١٩٨٩) من الدارسات الرائدة فى الوطن العربي التى تناولت موضوع الاستعمال غير الطبي للأدوية وذلك على عينة بلغت (٦٢٣) طالباً بالمرحلة الثانوية العامة، (٣٩٤) طالباً بالثانوية الفنية بأنواعها، حيث توصلت الدراسة إلى أن أكثر الأدوية النفسية استخداماً بين الطلاب هى الأدوية المنشطة ثم الأدوية المهدئة وأخيراً الأدوية المنومة، وأن العمر الذى ينتشر فيه سوء استعمال هذه الأدوية من (١٤ –١٩) سنة وأن أهم المشكلات التى بسببها يقدم الطلبة على استعمال هذه الأدوية هى مشكلة المذاكرة والامتحانات وخاصة الأدوية المنشطة ، بينما مشكلة التخلص من المتاعب والآلام الجسمية يقدم الطلبة على استعمال الأدوية المنومة، بينما يقدم الطلبة على استعمال الأدوية المهدئة لمواجهة المشكلة النفسية والانفعالات والقلق.

وقام أسامة أبو سريع (١٩٨٩) بدراسة عن تعاطى المواد النفسية على عينة من الذكور بلغت (٢٦١١) طالبا من جامعتي القاهرة وعين شمس وأوضحت نتائج الدراسة ان حوالى ١٣.٩٨% من العينة استعملوا الأدوية المنشطة ٥.٧٩% استعملوا الأدوية المهدئة ٤.٢١% استعملوا الأدوية المنومة.

بينما قامت هند سيف (١٩٨٩) بنفس الدراسة على عينة من الإناث بلغت (٢٣٦٦) طالبه من جامعتي القاهرة عين شمس وتوصلت الدراسة إلى أن ٥..٧% من العينة استعملن الأدوية المهدئة، ٤.٧٨% استعملن الأدوية المنبهة، ٤.١٨% استعملن الأدوية المنومة. وأوضحت النتائج أيضاً أن الظروف التى أحاطت بالطالبات وجعلتهن يستعملن هذه الأدوية هى الاستعداد للامتحانات ومواجهة بعض المواقف الصعبة والتغلب على بعض الآلام الجسمية، وكان الاستعمال لدى الطالبات بدون استشارة طبية.

وفى دراسة قام بها هى وموری (١٩٨٩) Hea and Mori على عينة قوامها (١.....) من الناشئين تتراوح أعمارهم بين (١١-١٦) سنه وذلك للتعرف على الاستجابة لاستعمال الأدوية النفسية و أوضحت نتائج الدراسة أن حوالى ١٥% من العينة استعملوا الأدوية النفسية وأن اكثر من (٧%) استعملوا حبوب الهلوسة (LSD) ، (٣%) استعملوا الأدوية المهدئة، وأوضحت الدراسة أن اتجاهات وسلوك العائلة والأصدقاء نحو استعمال الأدوية النفسية كان لها تأثيرها على اتجاهات وسلوك الناشئين نحو استعمال هذه الأدوية بدون استشارة طبية.

(Advisory Council on the Misuse of Drugs, 1993, 1.)

وقام زين العابدين محمد على (١٩٩٧) بدراسة وصفية تحليلية للعوامل التى تؤدى إلى قابلية طلاب المدارس الثانوية لتعاطى المخدارات، وذلك على عينة بلغت (١٥٩) من طلاب المرحلة الثانوية بالرياض تتراوح أعمارهم بين (١٨.٥ –١٩.٥) سنه وتوصل الباحث إلى أن أهم العوامل التى تؤدى إلى إقبال الطلاب على استعمال الأدوية المخدرة المنبهة أو المنشطة أو المنومة هى:

١-الاعتقاد الخاطئ فيما تحققه هذه الأدوية المخدرة من فوائد ولذة وأنها تتغلب على الآلام وتهدئ الأعصاب وتزيل الإرهاق.

٢-التفكير فى أن الأدوية المخدرة تساعد على التخلص من الملل والهروب من المشاكل ونسيانها وتخفيف القلق والتوتر.

٣-الاعتقاد فى أن الأدوية المخدرة تنشط القدرة على المذاكرة والتركيز، وتساعد على الاستمرار فى المذاكرة لفترة أطول.

وفى دراسة قام بها محمد حسن غانم (١٩٩٨) عن المدمنين وقضايا الإدمان على عينة قوامها (٩٤) فرداً من البيئة السعودية، وتوصل الباحث إلى ان السن التى يبدأ فيها الأفراد على إدمان الأدوية المخدرة فى سن الشباب وأن الأسباب التى تدفع الشباب إلى استعمال الإدوية المخدرة هى المشاكل الأسرية، الفراغ، حب الاستطلاع والمشاكل النفسية كالقلق والاكتئاب وأخيراً الرغبة فى زيادة المتعة الجنسية، وأنه توجد مشاعر وأحاسيس تنتاب الشاب عند استعمال الأدوية المخدرة لأول مرة منها الراحة النفسية، الرغبة فى النوم، الفرفشه والضحك، الجرأة والشجاعة، توقف التفكير.

ومن خلال استعراض الإطار النظرى للأدوية النفسية يمكن الإشارة إلى بعض المظاهر التى تساعد على التعرف على سوء استعمال الأدوية النفسية لدى الناشئين وهى:

١-تغير السلوك المعتاد.

٢-تغير فى مواعيد النوم.

٣-ضعف الحركة.

٤-الخمول والكسل المستمر.

٥-كثرة النسيان.

٦-ثقل فى النطق والكلام.

٧-ظهور بعض الأعراض الجسمية مثل فقد الاتزان فجأة أو تدريجياً، ورعشة فى الأطراف، احمرار العينين.

٨-التأخر الدراسى والرسوب المتكرر.

٩-فقدان الشهية للطعام.

(Kaufman, 1995, 17)

ثانياً: البرنامج الإرشادى التربوى:

يستعرض الباحث فى هذا الجزء الحاجة إلى الأرشاد النفسى للوقاية من سوء أستعمال الأدوية النفسية وتعريف البرنامج الأرشادى والدراسات السابقة حول هذا الموضوع وأخيراً محتوى البرنامج الإرشادى فى المدرسة.

١-الحاجة إلى الإرشاد النفسى للوقاية من سوء استعمال الأدوية النفسية:

إن المستقبل المزعج لسوء استعمال الأدوية النفسية يتضح فى مدى انتشارها بين الصغار والناشئين، وخاصة فى المدارس أو الأندية أو أثناء الدروس الخصوصية مع الأقران، ويتزايد يوماً بعد يوم المقبلين عليها اعتقاداً منهم أن استعمال الأدوية النفسية يساعدهم على التركيز فى المذاكرة وزيادة عدد ساعات المذاكرة، والتخفيف من القلق والتوتر، وإزالة الآلام والصداع، وترجع خطورة هذه المشكلة أن تأثير سوء استعمال الأدوية النفسية لا يقتصر فقط على الطالب من حيث صحته الجسمية والنفسية وتوافقه النفسى والاجتماعي، بل يمتد أيضاً ليشمل أسرته والمجتمع بأسره.

وأن مواجهة مشكلة سوء استعمال الأدوية النفسية يتطلب تضافر جهود كل من الأسرة والمدرسة والمجتمع، وذلك من خلال تقديم برامج إرشادية تربوية للوقاية من هذه المشكلة.

ومن هنا كان اهتمام الدراسة بتقديم برنامج إرشادى تربوي للوقاية من سوء استعمال الأدوية النفسية يعتمد على المدرسة.

وقد أوضح محمد عودة، كمال مرسى (١٩٨٦ ، ٣٦.) دور المدرسة فى مجال الوقاية من سوء استعمال الأدوية عاماً والأدوية النفسية خاصاً فى النقاط التالية:

١-تقديم معلومات حول اضرار سوء استعمال الأدوية التى تؤدى إلى الإدمان وذلك عبر دروس العلوم والصحة العامة والتربية الدينية.

٢-تزويد الطلاب بالتربية الدينية والأخلاقية التى تبين أثر سوء استعمال الأدوية على سلوكهم.

٣-تقديم إرشادات تربوية وذلك من خلال مكاتب الإرشاد النفسى التربوى فى المدارس للطلاب الذين أقبلوا على استعمال هذه الأدوية.

٤-تقديم المهارات والاتجاهات التى تساعد الطلاب على مقاومة الضغوط لسوء استعمال هذه الأدوية سواء من الرفقاء أو من خلال حب الاستطلاع والتجربة.

وفى ضوء ما سبق يتضح أهمية المدرسة فى برامج الوقاية من سوء استعمال الأدوية النفسية وذلك من خلال تقديم المعلومات المناسبة والمطلوبة لفهم خطورة استعمال هذه الأدوية، وكذلك تقديم الخبرات والمهارات والاتجاهات للطلاب لمواجهة ومقاومة الضغوط والأسباب التى تجعلهم يقدمون على استعمال هذه الأدوية دون استشارة طبية، وبداية يجب أن نشير إلى مفهوم الوقاية فى هذه الدراسة.

الوقاية مشتقة من الفعل وقى بمعنى صان وحماه من : وقاه الله وقياً ووقاية وواقيه.

بينما المعنى المقصود من الوقاية فى الدراسة الحالية يتضح فى النقاط التالية:

١-توعية الطلاب حول خطورة وأضرار سوء استعمال الأدوية النفسية.

٢-تقليل أو منع وقوع الطلاب فى مشكلة سوء استعمال الأدوية النفسية.

٣-تقديم خدمات إرشادية وعلاجية للطلاب الذين أقدموا على استعمال هذه الأدوية.

٤-تدريب الطلاب على المهارات الاجتماعية التى تساعدهم على رفض أو مقاومة الضغوط التى تؤدى إلى استعمال هذه الأدوية.

٥-تقديم منهج دراسي يعرف بالأدوية النفسية وأضرارها لكى يكون الشباب على علم بها بهدف خلق وعى لديهم يساعدهم على تجنب هذه الأدوية.

٢-تعريف البرنامج الإرشادى التربوى:

"هو برنامج مخطط منظم فى ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فردياً وجماعياً لجميع من تضمهم المدرسة، وذلك لمساعدة الطلاب فى رسم الخطط التربوية التى تتلاءم مع قدراتهم وميولهم وأهدافهم وتحقيق التوافق النفسى داخل المدرسة وخارجها ويقوم بتخطيطه وتنفيذه وتقييمه لجنة وفريق من المسئولين المؤهلين".

(حامد زهران، ١٩٨٩ ،. ٤٣٩، ٣٧٦)

٣-الدراسات السابقة:

سوف نستعرض الدراسات والبحوث التى أهتمت بتقديم برامج إرشادية للوقاية من سوء استعمال الأدوية المخدرة عامة والأدوية النفسية خاصة ومنها ما يلى:

دراسة جونزالس وكليمنت (١٩٩٤) Gonzales and Clement والتى تهدف إلى تقديم برنامج للوقاية من سوء استعمال المواد النفسية فى المدرسة العالية ويعتمد البرنامج على أربعة محاور أساسية هى:

١-نظرية النماذج الشريرة Theories daminant Models .

٢-مساعدة الطلاب الذين أقدموا على استعمال المواد النفسية.

٣-العمل على خلق البيئات الصالحة التى تساعد على تجنب الوقوع فى هذه المشكلة.

٤-تتبع برامج الوقاية من سوء استعمال المواد النفسية الخاصة بالناشئين للتعرف على جوانب القوة والضعف فيها للوصول إلى برنامج جيد يتناسب مع هؤلاء الناشئين.

وفى دراسة تجريبية أجراها أزرين وآخرون ١٩٩٤ .Azrin et al عن علاج الناشئين الذين أدمنوا الأدوية المخدرة وذلك على عينة بلغت (٦٢) ناشئاً تم تقسيمها إلى مجموعتين الأولى خضعت للعلاج السلوكي Behavior therapy ، والثانية خضعت للإرشاد التدعيمي Supportive counseling وأوضحت نتائج الدراسة أن (٧٣%) من مجموعة العلاج السلوكي قد امتنعوا، بينما أمتنع (٩%) فقط من مجموعة الإرشاد التدعيمي.

وقام ودرسكى وسميث (١٩٩٤) Wdarski and Smyth بدراسة تقديم برنامج شامل للتدخل الوقائي من سوء استعمال المواد الطبية من قبل المراهقين فى المرحلتين

المتوسطة والثانوية، وتضمن البرنامج مخاطر استعمال المواد الطبية، وأثر مجموعة الأصدقاء فى المدرسة على استعمال هذه المواد وكذلك أثر وسائل الاعلام وأوصت الدراسة بمزيد من أبحاث العلاج والوقاية العملية وليست الأبحاث النظرية فقط.

وقامت بدرية كمال أحمد (١٩٩٤) بدراسة تهدف إلى تقديم بعض وسائل الإرشاد الجماعي للطلاب الذين يستخدموا الأدوية الطبية دون تذكرة طبية وبلغت عينة الدراسة ثمانية أفراد تلقوا إرشاداً جماعياً بالمحاضرة والمناقشة، وعينة أخرى مماثلة تلقت إرشاداً جماعياً بالمحاضرات فقط وأوضحت نتائج الدراسة أن البرنامج الإرشادى الذى تضمن المحاضرة والمناقشة له فاعلية فى إرشاد هؤلاء الطلاب.

ولقد حدد مركز النمو التربوى بواشنطن (١٩٩٥) Education Development center استراتيجية للوقاية من سوء استعمال الأدوية المخدرة لدى الناشئين تتكون من الأجزاء التالية:

الجزء الأول: يتضمن المعلومات العامة عن هؤلاء الناشئين الذين أقدموا على استعمال الأدوية المخدرة دون استشارة طبية.

الجزء الثاني: يتضمن تقديم استراتيجية ذات كفاءة عالية لتحسين الخدمات المقدمة لهؤلاء الناشئين بحيث تتناسب مع طبيعتهم من حيث العمر والجنس والمستوى الاقتصادي والثقافي والاجتماعي.

الجزء الثالث: يتضمن الفنيات الإرشادية وكيفية التدريب عليها من قبل الناشئين الذين يسيئون استعمال الأدوية المخدرة.

الجزء الرابع: يتضمن عمل متابعة لهؤلاء الناشئين لتحديد المشاكل التى يواجهونها فى حياتهم وتحديد الاحتياجات الرئيسية المناسبة لهم.

وأجرى يونج وآخرون (١٩٩٦) Young et al. دراسة لتقديم برنامج للوقاية من استعمال الأدوية المخدرة على عينة بلغت (١٤٤٧) تلميذاً وتلميذة من تلاميذ كل من الصف الرابع والخامس والسادس، وعلى عينة من أولياء أمورهم بلغت (٢.٣٦)، وأوضحت النتائج

أن البرنامج ساعد فى تغيير استجابات التلاميذ نحو سوء استعمال الأدوية المخدرة وكذلك أولياء أمورهم وإدراكهم متى تكون الحاجة إلى استعمال هذه الأدوية المخدرة.

وفى دراسة قام بها فيتارو ودوبكين (١٩٩٦) Vitaro and Dobkin تهدف إلى تطبيق برنامج إرشادى للوقاية من سوء استعمال الأدوية النفسية لدى المراهقين ذوى ا لمشاكل السلوكية، وطبق البرنامج لمدة عامين على عينة بلغت (١٢١) من الجنسين ممن تتراوح أعمارهم بين (١١-١٤) سنه، وأوضحت النتائج فاعلية البرنامج الإرشادى فى التوكيدية وزيادة تقدير الذات لدى المراهقين مما ساعدهم على الامتناع عن استعمال هذه الأدوية.

وفى نفس المجال قام ديكس وآخرون (١٩٩٦) Dukes et al. بدراسة طولية لمدة ثلاث سنوات بتطبيق برنامج إرشادى للوقاية من سوء استعمال الأدوية المخدرة ومن بينها الأدوية النفسية على عينة بلغت (٤٩٧) تلميذاً من تلاميذ الصف السادس وأستمر معهم حتى الصف التاسع، وتوصلت الدراسة إلى أن البرنامج الإرشادى له فاعلية فى الوقاية من سوء استعمال هذه الأدوية.

ولقد حدد عبد الحليم أحمد السواسى (١٩٩٧) فى دراسته النظرية عن مجموعة من الإرشادات يجب أن تتضمنها برامج الوقاية من استعمال المخدرات وهى:

١-خفض أو منع وقوع الأشخاص ذوى القابلية لسوء استعمال المخدرات.

٢-علاج المرضى من الأشخاص الذين وصلوا إلى مرحلة الإدمان.

٣-منع توافر المخدرات للأغراض غير الطبية.

٤-تقديم منهج دراسى يعرف بالمخدرات ومضارها للشباب.

وفى دراسة هامة قام بها بوسورث (١٩٩٧) Boswortعن إستراتيجية للوقاية من سوء استعمال الأدوية النفسية بالاعتماد على المدرسة واهم ركائز هذه الاستراتيجية فيما يلي :-

-تقديم المساعدة للطلاب للتعرف على مدى انتشار هذه المشكلة وأنها ليست قاعدة للناشئين سوء استعمال الأدوية النفسية.

٢-تحسين المهارات الاجتماعية للمراهقين.

٣-التعرف على الضغوط الخارجية التى يتعرض لها الناشئون مثل وسائل الاعلام المتنوعة والأقران، والنماذج المحيطة بالناشئين.

٤-توعية الناشئين بمخاطر استمرار سوء استعمال الأدوية النفسية على المدى القصير والمدى الطويل.

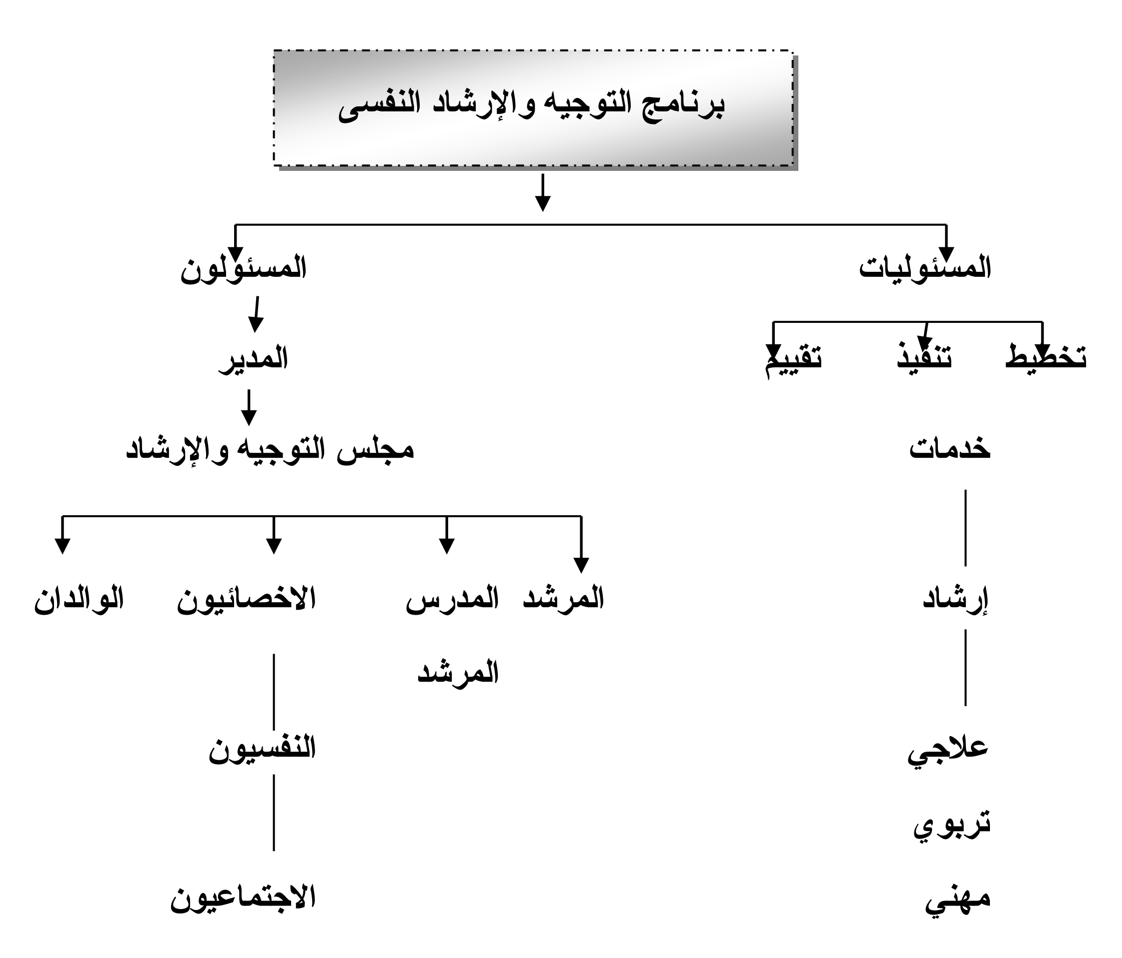
٥-تدريب الناشئين على مهارة اتخاذ القرار نحو رفض استعمال هذه الأدوية.

٦-تقديم منهج دراسى تخصصي ضمن المقررات الدراسية للوقاية من سوء استعمال هذه الأدوية.

٤-البرنامج الإرشادى التربوى فى المدرسة: إعداد/ الباحث

مما سبق يتضح مدى الاهتمام بتقديم برنامج مخطط ومنظم فى ضوء أسس علمية للوقاية من سوء استعمال الأدوية النفسية، بحيث يعتمد هذا البرنامج على المدرسة.

ولقد أوضح حامد زهران (١٩٨٠، ٤٤) الشكل العام لبرنامج التوجيه والإرشاد فى المدرسة على النحو التالي:





شكل رقم (١) الشكل العام لبرنامج التوجيه والإرشاد فى المدرسة

وفيما يلى خطوات إعداد البرنامج الإرشادى التربوى لسوء استعمال الأدويـة النفسية لدى الناشئين:

أولاً: أهداف البرنـامج:

تتلخص أهداف البرنامج فيما يلى:

١-الأهداف المعرفية:

١-معرفة الناشئين للأمور الصحية الصحيحة.

٢-زيادة معلومات الناشئين لتغيير اتجاهاتهم وتعزيز مهارتهم.

٣-معرفة الناشئين لأخطار سوء استعمال الأدويـة النفسية وطرق سوء الاستعمال وأثر ذلك على النواحى الصحية والاجتماعية والنفسية.

٤-تقديم منهج دراسى تخصصي ضمن المقررات الدراسية يتناول النقاط السابقة.

٢-الأهداف السلوكية:

١-إعطاء فرصة للناشئين لتطبيق المعلومات والمهارات التى يحتاجون إليها لتجنب سوء استعمال الأدوية النفسية.

٢-تقليل عدد الناشئين المقبلين على سوء استعمال الأدوية النفسية.

٣-تقليل نسبة الناشئين الذين تعودوا تدريجيا على الأشكال الخطرة من سوء استعمال الأدويـة النفسية.

٤-تنبيه هؤلاء الناشئين الذين أساءوا استعمال هذه الأدوية أن يتوقفوا.

٥-مساعدة الناشئين الذين وصلوا إلى مرحلة خطرة ممن يحتاجون العلاج.

٣-الأهداف الاجتماعية:

١-مساهمة الناشئين فى العمل على منع استعمال الأدوية النفسية على المستوى الأوسع فى المجتمع.

٢-توفير المؤسسات الثقافية فى المدارس التى تساعد على قضاء أوقات الفراغ لدى الطلاب مما يجعل لها الأثر فى تجنبهم من التعرض لسوء استعمال هذه الأدوية.

٣-الاهتمام بتنمية الجانب الديني، والاهتمام بالتربية الإسلامية وخاصة فى المدرسة.

٤-تعزيز مهارات اتخاذ القرار لدى الناشئين فى الأمور الحياتية من خلال تطبيق البرنامج الإرشادى للوقاية من سوء استعمال الأدوية النفسية.

٥-تعزيز مشاركة الوالدين وتشجيعهم على المتابعة المستمرة لأبنائهم داخل البيت وخارجه وكيفية قضاء أوقات الفراغ ودور الأصدقاء فى هذا المجال.

ثانياً: أسس البرنامج:

نستطيع أن نحدد أسس البرنامج الإرشادى التربوى للوقاية من سوء استعمال الأدوية النفسية والذى يقوم على المدرسة فى النقاط التالية:

١-مراعاة العمر – الجنس – المرحلة الدراسية.

٢-تقديم معلومات حقيقية ودقيقة عن طبيعة المشكلة.

٣-تحديد المناهج الدراسية التى تصلح فى تقديم معلومات حول هذه المشكلة.

٤-توزيع البرنامج فى شكل حصص دراسية كجزء من المناهج الدراسية.

٥-التنسيق بين المستويات التالية:

أ-المدرسة

ب-الإدارة التعليمية.

جـ-وزارة التربية والتعليم.

ثالثاَ: المسئولون عن تنفيذ البرنامج

١-إدارة المدرسة متمثلة فى مدير المدرسة.

٢-الأساتذة المتخصصون فى هذا المجال بعد تدريبهم على هذه المشكلة.

٣-المشرف الاجتماعي (الأخصائي النفسى بالمدرسة)

٤-الممرضة أو المشرف الطبي الذى يوجد فى المدرسة.

٥-الوالدان من خلال متابعة أبنائهم واكتشاف التغييرات السلوكية والاجتماعية والنفسية التى تطرأ عليهم.

رابعاً: خطة العمل الفعلى للبرنامج:

تتحدد خطة العمل الفعلى للبرنامج فى الخطوات التالية:

١ـتحديد الطريقة النظامية:

وذلك من خلال وضع الخطة التى تتبعها المدرسة بالتنسيق مع المديرية التعليمية والوزارة فى تطبيق البرنامج الإرشادى التربوى واعتبار محتوى البرنامج جزءاً من المناهج الدراسية وليس مجرد وعظ وإرشاد.

٢ـتحديد المرحلة العمرية:

يتناسب هذا البرنامج مع المرحلة العمرية من (٦-١٦) سنة فهو يتضمن المرحلة الابتدائية والمرحلة الإعدادية والمرحلة الثانوية، حيث أن البرنامج الإرشادى التربوى سوف يطبق تحت إشراف المدرسة.

٣ـتحديد المناهج الدراسية:

وذلك من خلال تحديد بعض المناهج الدراسية المناسبة لهذا الموضوع بحيث تحتوى هذه المناهج على معلومات ومهارات وإرشادات تربوية وعلاجية وتكون ضمن مقررات المنهج الدراسى ويقترح الباحث مناهج اللغة العربية والتربية الدينية والعلوم، واللغة الانجليزية، والعلوم الإنسانية.

٤ـتحديد الجدول الدراسى:

وذلك من خلال توزيع المناهج الدراسية على الحصص الدراسية، وهذا يتطلب حصصاً تساعد الطلاب على فهم طبيعة المشكلة، وحصصاً للتعرف على أضرار سوء استعمال الأدوية عامة والأدوية النفسية خاصة، وحصصاً تتناول المهارات وتكوين الاتجاهات لمقاومة الضغوط التى تؤدى إلى سوء استعمال الأدوية النفسية.

٥ـتدريب المدرسين:

إن فعالية البرنامج الإرشادى التربوى للوقاية من سوء استعمال الأدوية النفسية يتوقف على تطبيق المدرسين لهذا البرنامج، وبالتالي يحتاج المدرسون عامة ومدرسي مناهج اللغة العربية والتربية الدينية والعلوم بوجه خاص إلى المبادئ والمعلومات والأساليب الخاصة بالوقاية من سوء استعمال الأدوية النفسية وخاصة فى المراحل المبكرة عند الناشئين.

٦ـتحديد عينة الناشئين ذوى المشكلة:

لا ينحصر دور المدرسة فقط فى دور الوقاية بل يجب أن يتعدى ذلك إلى تحديد بعض الناشئين الذين استعملوا الأدوية النفسية دون استشارة طبية وخاصة فى المراحل المبكرة كلما

أمكن ذلك، وتوجد وسائل متعددة لذلك منها تطبيق مقاييس أو استبانات تتعلق بهذه المشكلة فى بداية كل فصل دراسى للتعرف على هؤلاء الناشئين الذين يعانون من مشكلات سوء استعمال الأدوية النفسية، وأيضاً من خلال الملاحظة العلمية لسلوك هؤلاء الناشئين للتعرف على التغييرات الجسمية والنفسية والاجتماعية التى تطرأ عليهم، مع مراعاة السرية التامة فى هذا الموضوع حتى يتم تشجيع الناشئين الذين لديهم المشكلة فى طلب المساعدة والإرشاد من المدرسة.

٧-إبلاغ الوالدين:

إن تدخل الوالدين عامل مهم فى مدى فاعلية رسالة المدرسة المقدمة لأبنائهم، ومن هنا يأتي دور التنسيق بين المدرسة والوالدين فى دور الرقابة على الأبناء مع مراعاة أن هذه المشكلة تنحصر فى سوء استعمال الأدوية النفسية وإذا تركت سوف تؤدى إلى أضرار جسيمة و منها الإدمان، وأن المشكلة فى البداية لها علاج.

خامساً: محتوى البرنامج:

يعتبر البرنامج جزءاً من النظام التعليمي، وهذا يتطلب إضافة بعض الأجزاء إلى بعض المناهج الدراسية ومنها على سبيل المثال مناهج اللغة العربية والتربية الدينية والعلوم، مع مراعاة أن يتناسب محتوى المادة العلمية المضافة مع المرحلة الدراسية للناشئين، وفيما يلى المتطلبات الأساسية للوقاية من سوء استعمال الأدوية النفسية طبقاً للمرحلة الدراسية:

١-المرحلة الابتدائية (٦-١١) سنه:

يقدم لهم مادة علمية تتضمن العادات والأساليب للمحافظة على الصحة، وأن الصحة والمرض حقيقة فى حياة الإنسان، وأن المرض يحتاج إلى العلاج، وإن العلاج يعتمد إلى حد كبير على الأدوية، ولكن ليست كل الأدوية تصلح للعلاج في أي وقت ولأي مرض، وذلك يتطلب ما يلى:

١-معرفة العادات والطرق وأساليب المحافظة على صحة الإنسان.

٢-معرفة إن الإهمال في المحافظة على الصحة قد يعرض الإنسان لبعض الأمراض والمشاكل الصحية.

٣-معرفة أن علاج هذه الأمراض يتطلب استشارة الأطباء.

٤-معرفة أن الأدوية هامة لعلاج المرضى بشرط اتباع تعاليم الأطباء عند استعمالها.

٢-المرحلة الإعدادية (١٢-١٤) سنة:

يقدم لهم حقيقة أن العلاج يحتاج إلى الأدوية، ولكن ليست كل الأدوية تصلح للعلاج، وأن هناك عادات خاطئة يتبعها الإنسان فى استعمال بعض هذه الأدوية تؤثر على الصحة العامة وذلك يتطلب ما يلي:

١-معرفة أن كل الأمراض تعالج بالأدوية، ولكن ليست كل الأدوية تصلح للعلاج.

٢-معرفة مدى أهمية استشارة الأطباء قبل استخدام الأدوية، من حيث معدل استخدام الأدوية فى كل مرة وعدد الأيام المصرح بها لتناول هذه الأدوية.

٣-معرفة أن مخالفة هذه التعليمات فيما يتعلق بالجرعات الزائدة أو استعمال الأدوية بدون استشارة طبية كل هذه الأمور لها تأثير ضار على الصحة.

٣-المرحلة الثانوية (١٤-١٦) سنه:

يقدم لهم موضوعات مناسبة للتعرف على مدى تأثير سوء استعمال الأدوية النفسية على الصحة الجسمية والنفسية والاجتماعية للشخص، ويقدم أيضا لهم المهارات الأساسية اللازمة لمقاومة الضغوط التى تؤدى إلى هذه المشكلة، كذلك يقدم لهم العلاج المناسب لبعض حالات الإدمان إن وجدت بين الناشئين وذلك يتطلب ما يلى:

١-معرفة معلومات بسيطة عن أثر الأدوية فى الجسم، ومتى تكون هذه الأدوية مفيدة للجسم، ومتى تكون ضارة له؟

٢-معرفة الطرق المختلفة لسوء استعمال الأدوية عموماً والأدوية النفسية خصوصاً، مع إعطاء نماذج وأمثلة كثيرة توضح طرق سوء الاستعمال.

٣-معرفة أن التقليد الأعمى للأصدقاء، وحب التجربة والاستطلاع من أكثر التصرفات التى تؤدى إلى سوء استعمال الأدوية النفسية.

٤-تدريب الناشئين على بعض المهارات الأساسية لمقاومة الضغوط من الأصدقاء والظروف المحيطة بسوء استعمال هذه الأدوية.

٥-تقديم الفنيات المناسبة للتعامل مع بعض الناشئين الذين تعرضوا لسوء استعمال هذه الأدوية.

٦-تشجيع الناشئين على طلب المساعدة والعلاج فى حالة وصولهم إلى مراحل خطيرة من سوء استعمال الأدوية مع مراعاة السرية التامة وسرعة التدخل المبكر فى مثل هذه الحالات.

سادساً: تقييم البرنامج:

أن عملية تقييم البرنامج تكشف عن مدى فعالية البرنامج ومدى نجاحه فى الوقاية من سوء استعمال الأدوية النفسية، وذلك يتطلب ما يلي:

١-إجراء دراسات وبحوث استطلاعية مرتين فى العام الدراسى، مرة فى كل فصل دراسى، وذلك للتعرف على مدى فاعلية البرنامج فى الوقاية من سوء أستعمال الأدوية النفسية بين الناشئين.

٢-عمل دراسات مقارنة بين مدى انتشار سوء استعمال الأدوية النفسية قبل تطبيق البرنامج فى المدرسة وبين مدى انخفاض أو انحسار ظاهرة سوء استعمال الأدوية النفسية بعد تطبيق البرنامج.

٣-متابعة بعض حالات الناشئين الذين أقدموا على استعمال الأدوية النفسية، والتعرف على حالاتهم وشخصياتهم بعد تطبيق البرنامج عليهم.

٤-اقتراح تقديم خطوات إصلاحية للبرنامج فى ضوء نتائج الدراسات والبحوث على فاعلية هذا البرنامج ومحاولة تطويره أو تعديله بناء على هذه النتائج.

اعداد / الباحث

تهدف الاستبانة إلى جمع المعلومات عن مشكلة سوء استعمال الأدوية النفسية لدى الناشئين والعوامل المرتبطة بها والآثار الضارة الناتجة عنها، وهى تتضمن (٤٣) سؤالاً تدور حول الجوانب التالية:

١-بيانات عامة عن الخصائص الاجتماعية للناشئين كالعمر والجنس والمرحلة الدراسية والحالة الاجتماعية والثقافية للوالدين.

٢-بيانات عن الأدوية النفسية مثل أنواعها، مصدر الحصول عليها، بداية سوء استعمالها، والطرق المختلفة لسوء استعمالها، وعدد مرات الاستعمال.

٣-بيانات عن العوامل المرتبطة بسوء استعمال الأدوية النفسية من وجهة نظر الناشئين وتشمل العوامل الصحية والاجتماعية والنفسية.

٤-بيانات عن الآثار الضارة الناتجة عن سوء استعمال الأدوية النفسية لدى الناشئين.

-بيانات عن المحاولات السابقة لطلب المساعدة أو العلاج من قبل الناشئين الذين أساءوا استعمال الأدوية النفسية.

ولقد اتبع الباحث الخطوات التالية فى اعداد الاستبانة:

١-استعراض البحوث والدراسات السابقة التى تناولت موضوع تعاطى المخدرات عموماً وسوء استعمال الأدوية النفسية خصوصاً، وذلك للتعرف على أكثر المخدرات انتشاراً بين الناشئين، وكذلك للوقوف على العوامل والأسباب التي ساعدت على انتشار هذه الظاهرة بين الناشئين.

٢-القيام بدراسة استطلاعية على عينة من الناشئين قوامها (٨٥٧) طالباً وطالبة من طلاب الصف الثالث الثانوي بفرعية العام والفني وكذلك طلاب الصف الأول بالجامعة، وتهدف

الدراسة الاستطلاعية إلى التعرف على أكثر أنواع المخدرات انتشارا بين الناشئين، وذلك من خلال السؤال التالي:

اختر أحد أنواع المخدرات التى تستعملها أنت أو يستعملها زميلك ممن فى عمرك؟

-الحشيش	( )
-الأفيون	( )
-الهيروين	( )
-المورفين	( )
-الكوكايين	( )
-الأدوية المنشطة	( )
-الأدوية المنومة	( )
-الأدوية المهدئة	( )
-أدوية الهلوسة	( )

٣-تفريغ استجابات عينة الناشئين، وقد لوحظ أن هناك نسبة كبيرة من العينة بلغت (٢٧.٩٢) % يستعملون الأدوية النفسية بأنواعها المختلفة، ومن هنا أن الاهتمام بدراسة مشكلة استعمال الأدوية النفسية.

٤-إعداد أسئلة الاستبانة من خلال الدراسات والبحوث السابقة بحيث تتضمن الجوانب المتصلة بموضوع سوء استعمال الأدوية النفسية لدى الناشئين.

٥-عرض الاستبانة فى صورته الأولية على مجموعة من الأساتذة المتخصصين فى علم النفس والصحة النفسية وأصول التربية وعلم الاجتماع وذلك لإبداء ملاحظاتهم فى صياغة الأسئلة ومدى ملاءمتها لغرض الدراسة الحالية.

وفى ضوء ملاحظات الأساتذة تم إعداد كتابة أسئلة الاستبانة فى صورته النهائية.

٦-تطبيق الاستبانة على عينة الدراسة واستخراج النتائج.

بسم الله الرحمن الرحيم

الملحـــــــــــق

استبانة سوء استعمال الأدوية النفسية

بيانات عامة

الاسم (اختيار) / المرحلة الدراسية/
الجنس / السنة الدراسية /
تاريخ الميلاد/ التقدير آخر عام دراسى/
محل الميلاد/ الشهادة الأخيرة التى حصلت عليها/
مكان الإقامة/
عدد الإخوة / عدد الأخوات /
ترتيب ميلادك بين إخوتك/
وظيفة الوالد / ولى الأمر/ وظيفة الأم/
هل تعيش مع والديك؟ / نعم لا
إذا كانت الإجابة لا
أذكر السبب؟
مع من تعيش الآن؟

التعليمات:

فيما يلي مجموعة من الأسئلة تعبر عن مشكلة سوء استعمال الأدوية النفسية لدى المراهقين من خلال توضيح الأسباب والمشكلات التى يواجهها المراهق نتيجة استعمال الأدوية النفسية بدون استشارة طبية، وذلك بهدف وضع برنامج للوقاية من هذه المشكلة.

والرجا منك مراعاة ما يلى:

* إذا كانت عبارة السؤال تنطبق عليك ضع علامة (√) تحت خانة (نعم)
* إذا كانت عبارة السؤال لا تنطبق عليك ضع علامة (√) تحت خانة (لا)

شكرا على تعاونك الصادق

الباحث

	نعم	لا
(١) هل استعملت أحد الأدوية النفسية التالية :		
* أدوية منومة	( )	( )
* أدوية منشطة	( )	( )
* أدوية مهدئة	( )	( )
* أدوية الهلوسة	( )	( )
* أدوية أخرى أذكرها		

إذا كنت ممن استعملت أحد هذه الأدوية النفسية أجب عما يأتى :

(٢) ما النوع الذى تميل إليه من الأدوية النفسية السابقة؟
(٣) كم كان عمرك عندما بدأت تستعمل أحد الأدوية النفسية لأول مرة ؟

(٤) هل استعملت أحد هذه الأدوية النفسية من باب حب الاستطلاع؟	( )	( )
(٥) هل استعملت أحد هذه الأدوية النفسية كمحاولة للانتحار؟	( )	( )

(٦) من أعطاك هذه الأدوية النفسية أول مرة؟
(٧) متى استعملت آخر مرة هذه الأدوية النفسية؟

(٨) في أي من الأماكن التالية عادة تستعمل الأدوية النفسية :
* المنزل ( )
* المدرسة ( )
* منزل أحد الأقارب ( )
* منزل أحد الأصدقاء ( )
* أماكن مفتوحة (الشارع –الحديقة – النادي ...الخ)
* أماكن أخرى أذكرها.
(٩) كم مرة تستعمل الأدوية النفسية ؟
* يومياً ( )
* أسبوعياً ( )
* أكثر من مرة في اليوم ( )
* غير محددة بوقت ( )
(١٠) مصدر الحصول على الأدوية النفسية من :
* الأقارب ( ) * بائع المخدرات ( )
* الأصدقاء ( ) * الشراء من الصيدلية ( )
* صيدلية المنزل ( ) * مصادر أخرى ( )
(١١) هل والدك / ولى أمرك يستعمل الأدوية النفسية ؟ ( ) ( )
إذا كانت الإجابة نعم أجب عما يأتي
(١٢) هل يستعمل الأدوية النفسية بناء على استشارة الطبيب؟ ( ) ( )
(١٣) هل أخبرك لماذا يستعمل هذه الأدوية النفسية؟ ( ) ( )
(١٤) هل عرض عليك استعمال هذه الأدوية النفسية؟ ( ) ( )
(١٥) هل ناقشته في استعماله للأدوية النفسية؟ ( ) ( )
(١٦) هل والدتك تستعمل الأدوية النفسية؟ ( ) ( )
إذا كانت الإجابة نعم أجب عما يأتي

(١٧) هل تستعمل الأدوية النفسية بناء على استشارة الطبيب؟ ( ) ( )
(١٨) هل أخبرتك لماذا تستعمل الأدوية النفسية؟ ( ) ( )
(١٩) هل عرضت عليك استعمال الأدوية النفسية؟ ( ) ( )
(٢٠) هل ناقشتها في استعمال للأدوية النفسية؟ ( ) ( )
(٢١) هل أحد أخواتك / إخوتك يستعملون الأدوية النفسية؟ ( ) ( )
(٢٢) هل يوجد أحد في أعضاء أسرتك يستعمل الأدوية النفسية ويشمل ذلك كل من الجد – الجدة –العم – الخال – ابن العم – ابن الخال .... الخ. ( ) ( )
(٢٣) هل لديك أصدقاء يستعملون الأدوية النفسية؟ ( ) ( )
(٢٤) كم عدد أصدقائك الذين يستعملون الأدوية النفسية؟ ( ) ( )

(٢٥) في أي من الدروس الآتية ذكرت موضوعات عن الأدوية النفسية في المدرسة؟

اللغة العربية	( )	البيولوجي	( )
اللغة الإنجليزية	( )	الجيولوجيا	( )
اللغة الألمانية	( )	التربية البدنية	( )
اللغة الفرنسية	( )	الاقتصاد المنزلي	( )

الرياضيات	( )	التربية الدينية	( )
الجغرافيا	( )	الكيمياء	( )
التاريخ	( )	علم النفس	( )

(٢٦) أمامك مجموعة من المواقف التى بسببها يستعمل المراهق الأدوية النفسية أختر منها ما يتناسب مع حالتك :

	نعم	لا
* المذاكرة والامتحانات	( )	( )
* المشكلات الصحية	( )	( )
* مشكلة مع الجنس الأخر	( )	( )
* مشكلة حب استطلاع	( )	( )
* مشكلات أسرية (عائلة)	( )	( )
* مشكلة أوقات الفراغ	( )	( )
* مسايرة (مشاركة) الأصدقاء	( )	( )

(٢٧) أختر الأسباب التى أدت إلى استعمالك الأدوية النفسية

	نعم	لا
* بناء على استشارة الطبيب	( )	( )
* تساعدني على الاسترخاء	( )	( )
* تعطيني الشجاعة والثقة	( )	( )
* ضعف الوازع الديني	( )	( )
* تساعدني على تخفيف القلق والوتر	( )	( )
* تساعدني على نسيان المشاكل الدراسية	( )	( )
* حتى لا يعتقد أصدقائي أننى أقل منهم	( )	( )
* أسباب أخرى أذكرها		

(٢٨) المراهق الذى يستعمل الأدوية النفسية يشعر بأنه :

* سعيد	( )	* حزين	( )
* لطيف/وديع	( )	* متوتر/قلق	( )
* يستمتع بالجنس الأخر	( )	* جاد الطبع	( )
* جذاب	( )	* غير جذاب	( )
* منظم ومرتب	( )	* كسول/بليد	( )
* عنده جاذبية للجنس الآخر	( )	* ليس عنده جاذبية للجنس الآخر	( )
* لدية أصدقاء كثيرون	( )	* لديه أصدقاء قليلون	( )

(٢٩) اختر المشكلات التى سببها لك استعمال الأدوية النفسية مما يأتي:

	نعم	لا
* رعشة في اليدين كل صباح	( )	( )
* قلق وتوتر	( )	( )
* شجار مع الأصدقاء	( )	( )
* اضطرابات في النوم	( )	( )
* أزمة مالية	( )	( )
* التغيب عن الدراسة	( )	( )
* تأخر دراسى (رسوب)	( )	( )

(٣.) أمامك طائفة من الأسباب التى تجعل المراهق لا يستعمل الأدوية النفسية، اختر منها ما يناسبك : نعم لا

* غير صحى ويجعلني مريضاً ( ) ( )
* ضد الدين (حرام) ( ) ( )
* مكلف مالياً جداً ( ) ( )
* لا يمكن الاقلاع (الامتناع) عنه بعد ذلك ( ) ( )
* مكروه ومؤذى ( ) ( )
* يجعلني أقل سيطرة على نفسى ( ) ( )
* يجعلني عبداً للأدوية النفسية ( ) ( )
* بعض الأسباب الأخرى أذكرها.

(٣١) في السنة الأخيرة هل تستعمل الدواء المخدر بمجرد أن تستيقظ من النوم؟ ( ) ( )

(٣٢) هل ذلك يحدث دائماً؟ ( ) ( )
(٣٤) كم مرة حاولت أن تمتنع عن استعمال الأدوية النفسية ( ) ( )
(٣٥) هل وجدت صعوبات فى الامتناع عن استعمال الأدوية النفسية؟ ( ) ( )

(٣٦) أي من الأسباب الآتية كان السبب في امتناعك عن استعمال الأدوية النفسية: نعم لا

* حدوث اضطرابات (متاعب) في المعدة ( ) ( )
* تهديد من الوالدين ( ) ( )
* صعوبات مالية ( ) ( )
* رجفة أو أرعشه في الجسم كله ( ) ( )
* حادثة أو ضرر نفسى وقع لك ( ) ( )
* مشاهدة آثارها على بعض الزملاء ( ) ( )

(٣٧) هل تلقيت أية معلومات غير مباشرة عن استعمال الأدوية النفسية من أحد المصادر الآتية:

* شيخ المسجد ( )
* الطبيب ( )
* المدرس/ المدرسة ( )
* زائر الوحدة الصحية ( )
* والدك ( )
* برامج تليفزيونية ( )
* مقالة صحافية ( )
* أي شخص آخر أذكره.

(٣٨) هل ذهبت إلى طلب العلاج أو المساعدة لأى شخص أو جهة من الآتي ذكرها:

* الشيخ في المسجد ( )
* الطبيب في عيادته ( )
* المدرس في المدرسة ( )
* الأخصائي الاجتماعي بمدرستك ( )

* الوالدين ( )
* مركز علاج الإدمان ( )
* قسم الطب النفس بالمستشفى ( )
* شخص آخر أكتبه

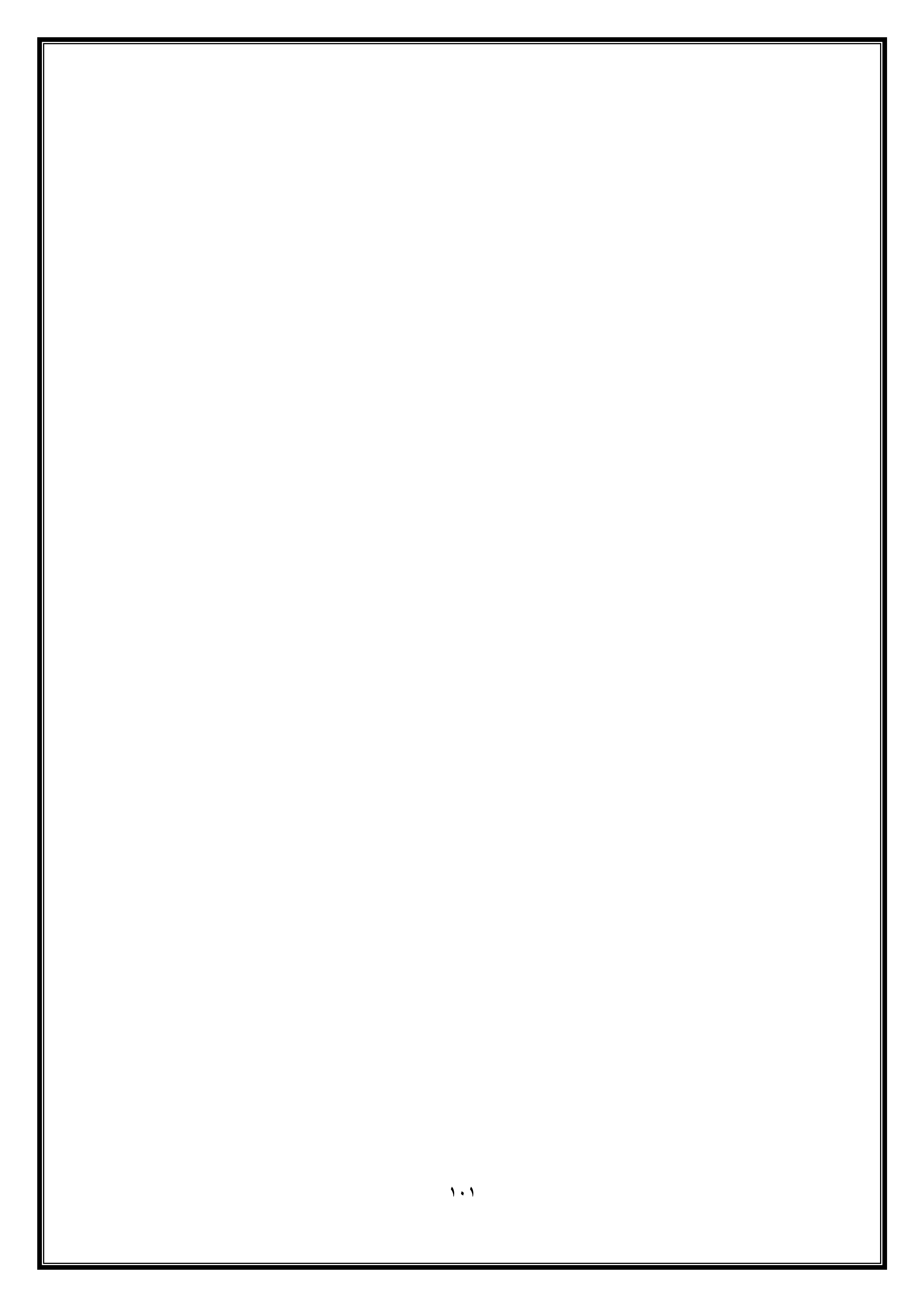
	نعم	لا
(٣٩) هل خضعت لبرامج علاجية للشفاء من استعمال الأدوية النفسية	( )	( )

(٤.) كم عدد المرات التى عولجت فيها من هذه المشكلة ؟
- مرة واحدة ( )
- مرتين ( )
- أكثر من ذلك ( )

(٤١) متى كانت آخر مرة خضعت فيها للعلاج من استعمال الأدوية النفسية ؟

(٤٢) هل تم شفاؤك تماما من هذه المشكلة ؟ ( ) ( )
(٤٣) هل رجعت مرة أخرى إلى استعمال الأدوية النفسية بعد الشفاء ( ) ( )

إعداد
الأستاذ الدكتور / إسماعيل إبراهيم محمد بدر



الفصل الخامس

إرشاد الأطفال

- 🕮 الملاحظة
- 🕮 المقابلة
- 🕮 دراسة الحالة
- 🕮 الاختبارات
- 🕮 الاستبيانات
- 🕮 المراجع

إرشاد الأطفال

في النصف الثاني من القرن العشرين بدأ الاهتمام بشكل واضح بإرشاد الأطفال، وتزايد عدد العاملين في مجال الصحة النفسية والإرشاد النفسي. وهذا المجال من الإرشاد يختص بفئة عُمُرية تمتد من الولادة حتى سن الثانية عشرة من العمر حيث أن نمو الطفل في هذه المرحلة العُمُرية يتصف بالسرعة في كل مظاهره، جسمياً وعقلياً وحركياً ولغوياً وانفعالياً. مع وجود فوارق فردية بين الجنسين في مظاهر النمو المختلفة .
نعلم ما للطفولة من أهمية في تكوين بدايات شخصية الإنسان، ومالها من تأثير في بقية أيام حياته، ولذلك فالطفولة هي أهم مراحل النمو النفسي للشخص فهي الحجر الأساس لتكوين شخصية الطفل وإذا تم بناءه بصورة صحيحة وسليمة نتج عنها شخص مثالي يستطيع مواجهة صعوبات الحياة بكل ثبات، ومن هذا المنطلق كانت مناقشتي لبعض مشاكل الطفولة وأسبابها وسبل الوقاية منها وعلاجها حال حدوثها، ولقد ركزت على العادات التي تنتشر عادة في المدارس، كالسرقة والغيرة والكذب، والخوف، والانطواء والعزلة، والخجل والقلق والسلوك العدواني وكذلك التبول اللاإرادي وأخيراً مشكلة مص الإبهام .

ولهذا يهدف الإرشاد النفسي للأطفال إلى مساعدتهم في تحقيق النمو السليم المتكامل ورعاية نموهم النفسي والاجتماعي. وكذلك مساعدتهم في فهم ذواتهم فيما يتعلق بحاجاتهم ومطالب البيئة من حولهم، وكذلك مساعدتهم في إقامة توافقات صحيحة مع المواقف الجديدة. كما يهدف إيضا إلى مساعدتهم في حل مشكلاتهم حسب مرحلة النمو التي يمرون بها. وبهذا يؤكد الإرشاد النفسي للأطفال على الجانب الوقائي.

والجانب التدعيمي، والجانب النمائي على حد سواء وذلك انطلاقا من أن مرحلة الطفولة هي مرحلة أساسية في نمو الشخصية، وعملية التعديل والتغيير والبناء تكون أسهل في مرحلة الطفولة من باقي المراحل الأخرى في حياة الإنسان، كما أن معظم مشكلات الأطفال تكون قابلة للحل حيث أنها لا تمتد إلى ماضٍ طويل. بالإضافة إلى ذلك فإن الطفل لا زالت أمامه سنوات عديدة من النمو بحيث إذا أمكن مساعدته في حل مشكلاته ومواجهة تحديات نموه، وفهمه لحاجاته ومتطلباته من البيئة وتعلم كيفية التوفيق بينها، تُمكنه في المستقبل من حل ما يواجهه من مشكلات بشكل معقول ومقبول، ويفضل أن يقوم بإرشاد الأطفال مرشدات، حيث أنهن أقرب إلى الأمهات فيعملن على التفاهم مع الطفل بلغة مبسطة يستطيع فهمها وتقبلها. فالطفل يشكو مشكلته غالبا إلى معلمته الموجودة في المدرسة قبل أن يذهب بها إلى والديه.

.

مدي فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوي اضطراب التوحد
اعداد
الأستاذ الدكتور / إسماعيل إبراهيم بدر

مقدمـــــــة

تعتبر الطفولة من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان في حياته، ففيها تشتد قابلية الطفل للتأثر بالعوامل المختلفة التي تحيط به، ومرحلة الطفولة أكثر من أية مرحلة عمرية أخرى حيث يتعرض فيها الطفل لعمليات من التوازن واختلال التوزان، والتي تؤثر على جوانب شخصيته وتظهر فيها أشكال من السلوك السوى أو السلوك الدال على نقص التوافق والتي قد يبقى أثرها فيه طيلة حياته.

وقد أكد هيوارد وأورلانسكى Heward and Orlansky (١٩٩٢) على أن الفترة من ثمانية شهور إلى ثلاث سنوات مرحلة هامة في النمو المعرفي والاجتماعي للأطفال العاديين وغير العاديين، وأنه لابد من الاهتمام بهذه الفترة لعدم حدوث إعاقة في نموهم العقلي وانحرافاتهم السلوكية فيسوء توافقهم في مراحل حياتهم المقبلة، (كمال مرسى، ١٩٩٥، ٢٥)
وفى هذا الصدد يواجه بعض الآباء في الأسرة أطفالاً ذوى اضطرابات جسمية أو عقلية أو نفسية، وهؤلاء الأطفال يختلفون عن الأطفال العاديين، فقد لوحظ على بعض الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة أنهم يعانون من اضطرابات حادة في التعبير عن انفعالاتهم وغير قادرين على التفاعل الاجتماعي ولديهم أنماط سلوكية نمطية بالإضافة إلى الضعف العقلي.

وقد تم التعرف على هذه الحالات وسمى هذا الاضطراب لدى الأطفال بأنه الانطواء على الذات (التوحد) Autism وأول من كتب عن هذا الاضطراب الطبيب النفسي كانر Kanner (١٩٤٣) وأشار إلى أن هذا الاضطراب له زملة أعراض كلينيكيه مميزة وعزا سببه إلى الناحية البيولوجية، ويظهر لدى الذكور أكثر من الإناث، (Baron – Cohen – 1991, 335)

وأكد ذلك أيضاً أسبرجر Asperger (١٩٤٤) حيث حدد لاضطراب "التوحد" زملة أعراض سميت باسمه Asperger Syndrome وأنه يظهر فى مرحلة الطفولة المبكرة، وعزا سبب المرض إلى الناحية البيولوجية وكان يصنف هؤلاء الأطفال مع فئة المتخلفين عقلياً Mental Retardation (Barber, 1996, 19)

ولكن أشارت مارشيون Marchionne (١٩٨٢) إلى أن اضطراب التوحد لدى الأطفال يحدث في الطفولة المبكرة ويعود إلى أسباب نفسية واجتماعية أكثر من الناحية البيولوجية وأن أعراض هذا المرض تتشابه مع أعراض صعوبات التعليم Learning Disabilities والضعف العقلي Mental Deficiency.

وأكدت كل من شيا وميسيبوف Shea and Mesibov (١٩٨٥) أن هناك تشابه بين صعوبات التعلم والمستوى المرتفع من التوحد Higher – level Autism في الجوانب التالية : البروفيل الشخصي – صعوبات اللغة – عدم التمييز المعرفى – صعوبات التفاعل الاجتماعي، وأوضحا أن هذا التشابه قد يجعل كليهما على متصل واحد.

ولكن أوضح جولد شتاين وآخرون Goldstein and Others (١٩٨٦ : ٦٤.) أنه يوجد نوعان أساسيان للاضطرابات النفسية في الطفولة أولهما : التوحد Autism والذى

يظهـر فـي الطفولـة المبكـرة (منـذ المـيلاد حتـى سـنتين ونصـف) وثانيهمـا : الفصـام Schisophrenia والذى يتأخر ويظهر في الفترة (من ٥ إلى ١١سنة).

ومن تقرير قدمه قسم الصحة النفسية والاضطرابات النمائية بولاية الينـويز فـي ينـاير Department of Mental Health and Developmental Disabilities Illinois state (١٩٨٧) أوضح أن التوحد Autism يختلف عن التخلف العقلي وتضمن التقرير أيضاً جوانب الضعف من النمو اللغوي والاجتماعي والانفعالي، وأنـه يزداد حدوثـه بين الـذكور من أكثر من الإناث.

وقد حددت رابطة الطب النفسي الأمريكي من خلال دليل التشخيص الإحصائي الرابع Psychiatry Association American Diagnostic and Statistical (١٩٩٤) Manual (DSM III-R) أن التوحد لا يندرج تحت صعوبات التعلم ولا تحت التخلف العقلي ولكنـه يصـنف تحـت الاضـطرابات السـلوكية Behavioral disorders الناتجـة عـن الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق الاجتماعي.

واتفـق كـل مـن هويسـون Hobson (١٩٨٦) جـوردن وبـولي Jordan and Powelle(١٩٩.) ميلر (١٩٩.) Miller، السنتارا (١٩٩٤) Alcentara، علـى أن التوحد يندرج تحت الاضطرابات الانفعالية وأن خصائص الاطفال ذوى التوحد تظهر فـي ثلاثـة مجالات من الاضطراب هي التعبير الانفعالي – التواصل اللغوي – السلوك الاجتماعي، وأنـه ينتشر بين الذكور أكثر من الإناث.

مما سبق يتضح أن اضطراب التوحد لدى الأطفال يظهر فـي مرحلـة الطفولـة المبكـرة خاصـة ويعتبر من الاضطرابات النفسية ويتميز بزملـة أعراض كلينيكيـه تختلف عن التخلف العقلي وصعوبات التعلم وأن جوانب الاضطراب تشمل الجانب الانفعالي والجانب الاجتماعي والجانـب المعرفـى، وأن التوحـد يكثـر حدوثـه بـين الـذكور أكثـر مـن الإنـاث ومعظـم الدراسـات والبحوث تعتمد على دليل التشخيص الإحصائي الصادر عن رابطة الطب النفسـي الأمريكي في التشخيص الفارق بين التوحد والاضطرابات الأخرى التي تتشابه معه.

وحـديثاً حـاول البـاحثون مـلء الفجـوة الهامـة فـي الدراسـات والأبحـاث عـن التوحـد Autism وهى محاولـة التدخل المباشر للتشـخيص والوقايـة والعـلاج المبكـر بـدلاً مـن التركيـز علـى الدراسـات النظريـة فقط، ولعل ذلك يؤكـد مـا أشـار إليـه فـاروق صـادق (١٩٩٣ : ٩) أن التدخل المبكر والتعامل مع مشكلة تعوق الطفل (أو تعوقـه فـي المستقبل) من تحقيق ذاتـه أو إمكاناته في التكيف مع نفسه أو مع الآخرين ويجب أن يؤدى هذا التدخل في النهاية إلى التغلب علـى المشكلة أو التقليل مـن آثارهـا السلبية لتحقيق أفضل توافق ممكن بين الطفل وأسرته وبيئته.

وقد أوضح روبنس وآخرون Robbins and others (١٩٩١) مدى فاعلية التدخل المبكر في تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد وأشار هانديمان وآخرون Handleman and Others (١٩٩١) على أهميـة تقديم برامج متكاملـة لهؤلاء الأطفـال فـي الحيـاة العاديـة وأن تبدأ هذه البرامج في مراحل مبكرة لتشخيص حالات الأطفال ذوى التوحد.

وبـدأ الاهتمـام البـاحثين بتقـديم البـرامج العلاجيـة للأطفـال ذوى التوحد منهـا دراسـات اهتمت ببرامج اللعب الرمزي Sypmbalic plays فويـات Voyate(١٩٨٢) وبـرامج اللعب الاجتمـاعي Social play تشـالين Schleien (١٩٩.)، والنمذجـة Modeling

بيدرمان وآخرون Biderman and Others (١٩٩٤)، وتعلم المهارات من خلال جهاز الفيديو السنتارا (١٩٩٤) Alcantara.

وقد أشار واد ومور Wade and Morre (١٩٩٤) إلى أن أفضل طريقة للتدخل العلاجي في حالات الأطفال ذوى التوحد هي دمج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم فى الحياة العادية وذلك من خلال برامج علاجية وتربوية تساعد على خلق بيئة صالحة للنمو الاجتماعي واللغوي والانفعالي، ويشترك فى هذه البرامج الآباء والأمهات والمدرسين.

ومن بين البرامج العلاجية التى قدمت لفئة الأطفال ذوى التوحد والذى نال شهرة عالمية برنامج العلاج بالحياة اليومية Daily life therapy وهو نموذج ياباني قدمته كاتاهرا Kitahara (١٩٦٤) من خلال افتتاح مدرسة خاصة فى طوكيو لهؤلاء الأطفال وطبقت فيه هذا البرنامج العلاجي وهو عبارة عن منهج تربوي يعتمد على إتاحة الفرصة لهؤلاء الأطفال للاحتكاك مع أقرانهم من الأطفال العاديين، وقد طبق هذا البرنامج فى مدرسة خاص للأطفال ذوى التوحد سميت مدرسة هيجاشى Higashi فى ولاية بوسطن بأمريكا (١٩٨٧) وفى مدرسة للتربية الخاصة فى كندا. ويقوم هذا البرنامج العلاجي على خمسة مبادئ أساسية هى:

١-التعليم الموجه للمجموعة.
٢-تعليم الأنشطة الروتينية اليومية.
٣-التعليم التقليد.
٤-تقليل النشاط غير الهادف.
٥-التركيز على الموسيقى والرسم والرياضة. (Quill and others, 1989, 625-635)

مشكلة الدراسة

بدأ اهتمام الباحث الحالي بمشكلة التوحد لدى الأطفال عندما حضرت أم ومعها طفل عمره (٧) سنوات إلى قسم الصحة النفسية بالكلية محول من مستشفى بنها العام، وهذا الطفل كان يعانى من بعض الاضطرابات الانفعالية والاجتماعية الغريبة وتظهر عليه مظاهر سلوكية غريبة وبسؤال الأم اتضح أن هذه الأعراض بدأت من السنة الثانية من عمر الطفل. تم تشخيص حالة الطفل بمساعدة الأساتذة بالقسم على أنها حالة التوحد Autism.

بعد ذلك قام الباحث بزيارة مدارس التربية الخاصة بمحافظة القليوبية للتعرف على مدى انتشار هذه الحالات بين الأطفال، وتم التوصل إلى عدد من الأطفال تنطبق عليهم محاكات تشخيص حالة التوحد، ولكن هؤلاء الأطفال فى بعض الأحيان كان يتم تصنيفهم على أنهم متخلفين عقلياً.

ومن استعراض البرامج العلاجية الإرشادية بفئة الأطفال الخاصة ذوى التوحد تمكن الباحث من خلال العمل فى إندونيسيا أثناء الإعارة من التوصل إلى برنامج علاجي تربوي وهو العلاج بالحياة اليومية Daily life therapy، ويطبق هذا البرنامج فى مدارس التربية الخاصة فى اليابان وأمريكا وكندا وإندونيسيا، ويعتبر هذا البرنامج فعال جداً مع حالات التوحد لدى الأطفال، والدراسة الحالية تعد محاولة لتطبيق برنامج العلاج بالحياة اليومية فى البيئة العربية لتحسين حالات عينة من الأطفال ذوى التوحد.

أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة الحالية فى أنها تتناول فئة من الأطفال لم تأخذ حظها من الدراسات العربية وهى فئة الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد وذلك كمحاولة لتقديم

قائمة للمظاهر السلوكية التى تساعد على تشخيص هذه الحالات، وتقدم الدراسة أيضاً فنية علاجية جديدة فى البيئة العربية وهى برنامج العلاج بالحياة اليومية للتعرف على مدى تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد بعد تطبيق البرنامج عليهم.

تحديد المصطلحات

١-التوحد Autism:

يعود مصطلح التوحد إلى أصل كلمة إغريقية تعنى أوتوس Autos وهى النفس (الذات) (Roeyers, 1995, P. 161).

وقد حدد جيلبرج Gillberg (١٩٩٢) التوحد على أنه زملة أعراض سلوكية تتميز بالعلاقات الاجتماعية غير السوية والتواصل غير السوى، وهى غالباً مرتبطة بانخفاض العمر العقلي (عمر بن الخطاب، ١٩٩٣، ٣٤٨).

وفى ضوء هذا التعريف يرى الباحث الحالي أن: التوحد هو اضطراب انفعالي يؤدى إلى عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية وخاصة فى التعبير عنها بالوجه أو باللغة ويؤثر ذلك فى العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية.

٢-العلاج بالحياة اليومية Daily life therapy

هذا العلاج نموذج ياباني لتربية الأطفال ذوى التوحد وقد وضعته كاتاهارا Kitahara (١٩٦٤) وهو عبارة عن منهج تربوي لمساعدة هؤلاء الأطفال فى اتجاه التطور الطبيعي دون الانعزال عن المجتمع. ويقوم البرنامج العلاجي على خمسة مبادئ أساسية هى :

١-التعليم الموجه للمجموعة.
٢-تعليم الأنشطة الروتينية.
٣-التعليم بالتقليد.
٤-تقليل النشاط غير الهادف بالتدريب الجاد.
٥-تركيز المنهج على أنشطة الموسيقى والرسم والرياضة.
(Quill and others, 1989, P. 625-635)

الإطار النظري

أولاً: التوحد Autism

التوحد مرض غريب وأغرب ما فيه أنه يختفى أحياناً تحت ملامح هادئة، ويظهر أحياناً أخرى عبر صراخ وضجيج وكلمات غير مفهومة وحركات بهلوانية، كما أنه غريب لأنه يصيب الذكور أكثر من الإناث، وغريب أيضاً لأنه لا يحدث إلا فى الطفولة المبكرة.
(Mayers and Griesman, 1986-19)

وفيما يلى سوف يتناول الباحث التوحد كمصطلح، وجهود العلماء حول هذا الاضطراب ثم أعراضه ثم التفسيرات البيولوجية والسيكولوجية له وأخيراً الفروق بين الجنسين.

(١) تعريف التوحد:

يعود مصطلح التوحد إلى أصل كلمة إغريقية تعنى أوتوس Autos وهى تعنى النفس أو الذات. (Roeyers, 1995, 161)

ويعرفه كانر Kanner (١٩٤٣) على أنه خلل عقلي فطرى يؤدى إلى عدم القدرة على فهم العلاقات الانفعالية وسوء فى العلاقات الاجتماعية. (Baron –cohen, 1991,385)

ويعرفه ماكدونالد Macdonald (١٩٧٢: ٨٦) على أنه الاستغراق فى التخيل المباشر للأفكار والرغبات مع افتقاد التواصل مع الواقع.

ويرى أحمد بدوى (١٩٨٢ : ٣٢) التوحد على أنه نوع من التفكير يتميز بالاتجاهات الذاتية التى تتعارض مع الواقع، والاستغراق فى التخيلات بما يشبع الرغبات التى لم تتحقق.

وقد وضع هوبسون Hobson (١٩٨٦ : ٣٢٢) تصور للتوحد على أنه اضطراب فى العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ينتج من عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية.

ويعرف عادل الأشول (١٩٨٧ : ١١٢) التوحد على أنه اضطراب اتصالي خطير وسلوك يبدأ فى أثناء الطفولة المبكرة وفيه يتصف الطفل بالكلام عديم المعنى وينسحب داخل ذاته وليس لديه اهتمام بالأفراد الآخرين.

مما سبق من التعريفات نرى أن اضطراب التوحد لا يظهر إلا فى الطفولة المبكرة وأنه يتميز بزملة أعراض كلينيكيه مميزة منها الاضطرابات الاجتماعية والانفعالية بالإضافة إلى التواصل غير السوى.

(٢) جهود العلماء حول هذا المرض:

لقد تتبعت مارشيون Marchionne (١٩٨٢) الدراسات التى تناولت موضوع التوحد Autism منذ عام (١٩.٦) وحتى تاريخ دراستها، وذلك للتعرف على الاضطرابات العقلية والاجتماعية والانفعالية المصاحبة لهذا الاضطراب، وأوضحت أن أول من تكلم عن هذا المفهوم هو بليولير Bleuler (١٩.٦) ثم نيل وجلوسرى Neil and Glessary (١٩٣٦) وبعد ذلك كانر Kanner (١٩٤٣) ويليه أسبرجر Asperger (١٩٤٤) وهؤلاء العلماء ركزوا على الناحية الجينية Genetic من تاريخ العائلة وأهم ما يميز هذا الاضطراب هو الخلل العقلي.

وتتابع الاهتمام باضطراب التوحد حيث اهتم كل من بندر Bender (١٩٤٧) وديسنبت Despent وماهلير Mahler (١٩٥٢) ثم وولبرج Wollberg (١٩٦٧) وهؤلاء الباحثون ركزوا على الأعراض النفسية المتصلة بالتوحد لدى الأطفال، (عمر بن الخطاب، ١٩٩٣، ٣٣٣).

ثم توالت الدراسات حول موضوع التوحد لدى الأطفال وخاصة فيما يتعلق بخصائص وأعراض هذا الاضطراب ومنها دراسة كوفمان Kaoufman (١٩٧٦) والذى يحكى فيها عن خبرته الشخصية مع ابنه، ودراسة مايرز وجرسيمان Meyers and Griesman (١٩٨٦) ودراسة جوردن وبويل Jordan and Powell (١٩٩.) وأخيراً دراسة باربير Barber (١٩٩٦) وهذه الدراسات قدمت محاكات لتشخيص هذا الاضطراب وكذلك أشارت إلى خصائص مميزة له تجعله يختلف عن صعوبات التعلم أو التخلف العقلي.

ومع زيادة الدراسات الخاصة بالتوحد بدأ الاهتمام يتزايد بتقديم برامج متخصصة لاكتشاف وعلاج التوحد وخاصة فى المراحل الأولى، ويرجع ذلك إلى انتشار افتتاح مدارس خاصة لهؤلاء الأطفال وكانت البداية فى اليابان على يد كاتاهارا Kitahara (١٩٦٤) ودراسة دينلاب وآخرون Dunlap and Others (١٩٨٨) دراسة تشالين وآخرون Schleien and others (١٩٩.) ودراسة روبنس وآخرون Robbins and others (١٩٩١) وأخيراً دراسة واد ومور Wade and Moore (١٩٩٤) ومعظم هذه الدراسات كانت تركز على أهمية التدخل المبكر لتحسين حالات الأطفال ذوى التوحد من خلال تقديم برامج متكاملة علاجية وتربوية مع أهمية دمج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم العاديين فى الحياة العامة والمدرسة والنادي.

(٣) أعراض مرض التوحد

تم التعرف على التوحد كاضطراب من خلال الطبيب النفسي كانر **Kanner** (١٩٤٣) والذى أوضح أن هذا الاضطراب يتميز بزملة أعراض كلينيكيه مميزة.

وقد حدد من تلفورد وساورى **Telford and Sawery** (١٩٦٧) أن التوحد يعتبر من الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق الاجتماعي وأنه يتميز بعدة أعراض منها :

١-الانفصال الشديد عن الواقع.
٢-القصور فى تطوير علاقات انفعالية مع الآخرين.
٣-الترديد الآلى **echolalia** للكلمات أو المقاطع.
٤-معارضة التغيير فى الحياة الروتينية.
٥-تكرار الأفعال أو الأقوال بطريقة نمطية. (فتحي عبد الرحيم –١٩٩٠، ١٧.)

وقد وضع قسم الصحة النفسية والاضطرابات النمائية فى ولاية الينويز (١٩٨٧) **Department of Mental Health and Development Disabilities in Illinois state** وصفاً لخصائص التوحد يتضمن الضعف فى جوانب النمو التالية (اللغوي – الاجتماعي – الانفعالي).

وحدد المنهج القومي البريطاني **Britain's National Curriculum** (١٩٩.) أعراض التوحد فى صعوبة التواصل اللفظي وغير اللفظي – افتقاد الحساس الاجتماعي – مقاومة التغير. **(Jordon and Powell 199.)**

وتوصل بارون كوهين **Baron – Cohen** (١٩٩١) من خلال تسع دراسات قام بها حول موضع التوحد إلى وضع محاكات لتشخيص مرض التوحد هى :

١-صعوبة فى التفاعل الاجتماعي.
٢-صعوبة فى فهم الانفعالات.
٣-صعوبة فى النمو اللغوي.
٤-تكرار الأفعال بطريقة نمطية.

وقد لخص دليل التشخيص الإحصائي الرابع المعدل **(DSMILL-R)** (١٩٩٤) محاكات الاضطراب التوحدي فى مجموعات الأعراض الثلاثة وتتفرع تحت هذه المجموعات أعراض فرعية والمجموعات الثلاث هى:

١-عطب واضح فى التفاعل الاجتماعي.
٢-عطب واضح فى الاتصال التخيلي.
٣-محدودية الأنشطة والاهتمامات.

وأخيراً حدد رويارز **Roeyers** (١٩٩٥ : ١٦١-١٦٢) من خلال اعتماده على دليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (١٩٩٤) **(DSMIV)** كيفية تشخيص أعراض اضطراب التوحد فيما يلى :

١-يبدأ قبل ثلاثين شهر من عمر الطفل.
٢-افتقاد الاستجابة للآخرين.
٣-صعوبات فى النمو اللغوي.
٤-مقاومة التغير.
٥-الإصرار على الروتين.
٦-الهلوسة أثناء النوم.

٧-قصور فى التواصل اللفظي وغير اللفظي.
٨-ضعف فى القدرة العقلية.
٩-صعوبات فى فهم الانفعالات.
١٠-ترديد الكلمات.

(٤) التفسيرات البيولوجية والسيكولوجية لمرض التوحد
تعددت تفسيرات اضطراب التوحد لدى الأطفال شملت التفسيرات البيولوجية والسيكولوجية كما يلى:

١-التفسير البيولوجي:
تم التعرف على التوحد كاضطراب منذ كانر Kanner (١٩٤٣) والذى أكد على أن السبب وجود خلل فى العقل وأن هؤلاء الأطفال ذوى التوحد يعتبرون من فئات المعوقين عقلياً ويرجع ذلك إلى الناحية الوراثية أو الجنينية فى العائلة. (Baron – Cohen, 1991, 385)

وقرر نيسلون وإسرائيل Nelson and Israel (١٩٩١) أن الضعف فى الكروموزوم Fragila choromosome هو المسئول عن حدوث هذا الخلل فى الناحية العقلية ويؤدى إلى مرض التوحد ويظهر ذلك فى ٥% إلى ١٦% من حالات التوحد. وقد يعزو ذلك إلى انتشار التوحد لدى الذكور أكثر من الإناث، وأضاف سبباً آخر وهو أن التحجر في بعض الخلايا الداخلية Sclerois Tuberous والذى تتحول إلى الجين المسيطر على الناحية العقلية وربما ذلك يؤدى إلى حدوث ٥% من الحالات التوحد. (عمر بن الخطاب، ١٩٩٣، ٣٤٥)

٢-التفسير السيكولوجي:
يرجع الفضل إلى التفسير السيكولوجي كاضطراب التوحد إلى أسبرجر Asperger (١٩٤٤) وقد سميت أعراض التوحد باسمه Asperger Syndrome وأوضح أن التوحد يتميز بزملة أعراض سلوكية (Barber, 1996, 191).

وفى عام (١٩٥٦) أضاف كانر Kanner أسباب أخرى نفسية تكملة لدراسة عام (١٩٤٤) وذلك من خلال دراسة أجراها مع ايسنبرج Eisenberg and Kanner (١٩٥٦) عن التبلد الانفعالي Refrigeration committal وأوضحا فيها أن رفض الوالدين لسلوك الطفل فى البداية يؤدى إلى انسحاب الطفل وهروبه، حيث أكدا أن الوالدين لا يرغبان فى وجود هذا الطفل (Galdstein and other, 1986, 644).

وأكد كولفين Kolvin (١٩٧١) أن التوحد يعتبر من الاضطرابات النفسية فى الطفولة ولا يرتبط بالنواحي البيولوجية ويحدث فى الطفولة المبكرة منذ الميلاد حتى سنة أو سنتين ونصف. (Goldstein, and other, 1986, 641)

وأكدت ميللر Miller (١٩٩.) أن التوحد يعتبر من اضطرابات الطفولة وأن آباء الأطفال ذوى التوحد غالباً ما يكونون شخصيات وسواسية ولديهم تبلد انفعالي وجمود فى المشاعر مما يقلل تفاعلهم مع أبنائهم مع العلم أن آباء وأمهات هؤلاء الأطفال كانوا من المستويات والمراكز التربوية العالية.

(٥) الفروق بين الجنسين:
من استعراض الدراسات والبحوث السابقة وكذلك عدد الحالات فى مدارس التربية الخاصة اتضح أن نسبة حدوث مرض التوحد تزداد لدى الذكور أكثر من الإناث فقد أوضحت

دراستي لورد وآخرون Lord and Others (١٩٨٢)، (١٩٨٥) أن هناك فروقاً واضحة بين نسبة حدوث المرض بين الذكور ونسبتها لدى الإناث بنسبة ٣ : ١ على التوالي.

وكذلك دراسة بارون – كوهين Baron – Cohen (١٩٩١) والتي أكد فيها انتشار المرض لدى الذكور أكثر من الإناث، وقد أشار إلى ذلك أيضاً نيلسون وإسرائيل Nelson and Israel(١٩٩١).

العلاج بالحياة اليومية Daily Life Therapy

هذا العلاج نموذج ياباني لتربية الأطفال ذوى التوحد Autism ويعود الفضل فى تقديم هذا العلاج إلى الدكتورة كاتاهارا Kilahara (١٩٦٤) وهى التى وضعت منهجاً تربوياً لمساعدة هؤلاء الأطفال فى اتجاه النمو الطبيعي دون الانعزال عن المجتمع.

ولقد ولدت كاتاهارا عام (١٩٢٤) فى طوكيو باليابان وتخرجت من جامعة طوكيو وعملت مدرسة فى مدرسة الأطفال ذوى الحاجات الخاصة وفى عام (١٩٦٤) أسست دار رعاية للأطفال المصابين بالتوحد وابتكرت منهجاً أطلقت عليه العلاج بالحياة اليومية Dialy Life therapy اعتمدت فيه على إتاحة الفرصة لهؤلاء الأطفال للاحتكاك والتفاعل مع رفقائهم من الأطفال العاديين.

ومع نجاح كاتاهارا فى اليابان انتشرت طريقة العلاج خارج اليابان وخاصة فى أمريكا فتم إنشاء مدرسة خاصة للأطفال الذين يعانون من التوحد عام ١٩٨٧ وهى مؤسسة هيجاشى Higashi وهى تعنى باليابانية الأمل وكذلك فى مدرسة للتربية الخاصة بكندا.

المبادئ الأساسية للعلاج بالحياة اليومية:

يقوم البرنامج العلاجي على خمسة مبادئ أساسية هى:

١-التعليم الموجه للمجموعة Group Oriented Instruction :

وفيه يتم التعامل مع الأطفال ذوى التوحد فى فصل دراسى واحد مع أطفال عاديين وتعليمهم، وهنا يتيح ذلك للأطفال ذوى التوحد الاختلاط مع أطفال آخرين دون أن يمثل ذلك ضغطاً عليهم وذلك بحصول هؤلاء الأطفال على مناهج دراسية تكميلية فى المدارس العامة.

٢-تعليم الأنشطة الروتينية Highly Structured Routine Activities :

حيث يتم تعليم وتدريب الأطفال ذوى التوحد على الأعمال الروتينية اليومية من خلال جدول الأنشطة اليومية الذى يتضمن ما يلى فى الصباح :

١-تغيير الملابس.
٢-الإفطار.
٣-ركوب سيارة المدرسة للذهاب إلى المدرسة الخاصة.
٤-الذهاب إلى المدرسة العامة لحضور بعض الحصص اليومية.

فى الظهر:

١-العودة إلى القسم الداخلي بالمدرسة الخاصة.
٢-تناول الغذاء.
٣-التعاون فى إعداد مائدة الطعام وتنظيف المكان.
٤-الذهاب للراحة بعض الوقت.

فـى المسـاء:

١ـبرنامج النظافة المسائي.
٢ـتغيير الملابس.
٣ـالحمام قبل النوم.

ـولا ينصرف الأطفال إلى النوم قبل الاطلاع على برنـامج الأنشطة لليوم التـالي، وعـادة تكون الأنشطة أكثر فى عطلة الأسبوع حيث تتضمن زيارة الحدائق العامة والمكتبات العامة وممارسة ألوان من الرياضة الممتعة وغير ذلك من الأنشطة المحببة للأطفال.

٣ـالتعليم بالتقليد Learning *Through Imitation* :

يعتمد البرنـامج العلاجي على تدريب الأطفال ذوى التوحد الاعتماد على أنفسهم فى جميع شئون حياتهم اليومية، مع مراعاة أن هؤلاء الأطفال يميلون إلى العزلة عن البيئة المحيطة بهم وهذا قد يجعلهم أكثر عرضة للقلق وسرعة الغضب.

ولهذا كان أحد المقومات الأساسية لهذا البرنامج العلاجي هو خلق جو من الاستقرار العاطفي لدى هؤلاء الأطفال من خلال تدريبهم على الاعتماد على أنفسهم فى شئون حياتهم اليومية ودعم الثقة بالنفس، وفى هذا الصدد يتاح لهم تغيير ملابسهم وتناول الطعام والذهاب إلى الحمام وما إلى ذلك من أنشطة من خلال تقليد بعضهم البعض مع تدخل المشرفين كلما لزم الأمر وفى أضيق الحدود.

بالإضافة إلى ذلك تقليد العاديين فى الأنشطة اليومية أثناء جدول الحصص فى المدرسة العامة.

قليل مستويات النشاط غير الهادف بالتدريب الصادم

Reduction of Unproductive activity levels through Rigorous exercise

تمثل التربية البدنية دعامة أساسية فى هذا البرنـامج العلاجي حيث أن ممارسة التمرينات الرياضية تؤدى إلى التقليل من مشاعر القلق وتقليل مشاعر الميل العدوانى لدى الأطفال، وتؤهل الطفل إلى تعديل سلوكه للمؤثرات الخارجية وتقلل من فترات الأرق وتساعده على السيطرة على القوة الجسمية، وهنا يتاح للأطفال تعلم وممارسة الرياضة الفردية والجماعية حتى تقلل من الأنشطة والحركات غير الهادفة التى كانت تؤديها الأطفال طوال اليوم (فترة صباحية – وأخرى مسائية).

المنهج الذى يركز على الموسيقى والرسم والرياضة

Curriculum based on music; Art and Movement

يعتمد البرنامج العلاجي على تطوير ونمو القدرات الذهنية من خلال تعلم اللغويات والرياضيات والعلوم الاجتماعية مع الاهتمام بميول الأطفال وإتاحة الفرص لهم لممارسة الهوايات مثل الموسيقى أو الرسم أو الألعاب الرياضية مع التأكيد على أهمية ممارسة هذه الهوايات والأنشطة فى بيئة اجتماعية تشجع على الاختلاط والتفاعل الاجتماعي وتنمى المهارات الاجتماعية. (Quill, and others, 1989, 625-635)

الدراسات السابقة

تبين الدراسات المتصلة بموضوع التوحد مدى انتشار هذا المرض لدى الأطفال، ويظهر ذلك فى ارتفاع عدد الملتحقين بالمؤسسات الخاصة وفى حدود علم الباحث لا توجد دراسة عربية تناولت التدخل العلاجى لهذه الفئة من الأطفال المصابين بالتوحد، بينما توجد دراستين قام بهما عمر بن الخطاب (١٩٩٣، ١٩٩٤) عن خصائص الأبناء والآباء ذوى الأطفال المصابين بالتوحد.

وفيما يلي سوف يعرض الباحث مجموعة من الدراسات والأبحاث التى تناولت الأساليب الإرشادية والعلاجية لهؤلاء الأطفال الذين يعانون من التوحد.

فقد كشفت دراسة فويات Voyat (١٩٨٢) عن أهمية اللعب الرمزى Symbolic play فى علاج الأطفال ذوى التوحد وذلك فى تنمية الجوانب المعرفية والنفسية لهؤلاء الأطفال.

وقامت روجرز وآخرون Rogers, and others (١٩٨٦) بدراسة لأسلوب التدخل العلاجي تساعد على النمو المعرفى، والتواصل والعلاقات على عينة من الأطفال ذوى التوحد فى مرحلة الطفولة المبكرة، وأوضحت نتائج الدراسة وجود تغيير ذو دلالة إحصائية فى مجالات النمو المتعددة.

وقام فريق من الباحثين يقودهم دينلاب Dunlap and Others (١٩٨٨) بتطبيق برنامج تدريبي على الأطفال ذوى التوحد بهدف التحديد المبكر للتوحد وخاصة من الناحية الاجتماعية فى مرحلة ما قبل المدرسة، وتوصل الفريق إلى نتائج مرضية فى هذا الشأن، وأوصى الفريق بانتقال هؤلاء الأطفال فى المدارس العامة تدريجياً.

وبحث تشالين وآخرون Schleien and others (١٩٩.) تأثير أنشطة اللعب الاجتماعي على سلوك الأطفال ذوى التوحد، وتكشف هذه الدراسة عن مدى أهمية برامج التربية البدنية وتوافقها مع المستويات الاجتماعية للعب من (اللعب الفردى – إلى المجموعة – إلى الفريق) على سلوك الأطفال ذوى التوحد، وأوضحت نتائج الدراسة أهمية الأنشطة التعليمية المتكاملة فى علاج التوحد لدى الأطفال.

وفى دراسة هاندليمان وآخرين Handyman and others (١٩٩.) عن اشتراك كل من الأمهات والآباء والمدرسين والمعالجين كأعضاء فى علاج الأطفال ذوى التوحد وذلك على عينة بلغت (١١) طفلاً أعمارهم من (٣-٥) سنوات واستمرت مدة العلاج سنة، وأظهرت نتائج الدراسة تحسناً ملحوظاً فى حالات هؤلاء الأطفال.

وفى دراسة مقارنة قام بها روجرز Rogers (١٩٩١) على عينة من الأطفال ذوى التوحد بلغت (٤٩) طفلاً، وعينية أخرى تعانى من صعوبات عقلية أخرى بلغت (٢٧) طفلاً وذلك للتعرف على تأثير نموذج التعلم الذى يعتمد على نظرية بياجيه Piaget's theory فى النمو المعرفى، ونظرية البرجماتية Pragmatic Theory فى النمو اللغوي، ونظيره مهلير Mahler's theory فى النمو الاجتماعي، وأوضحت نتائج الدراسة مدى فاعلية هذا البرنامج فى حالة المجموعة الأولى بالمقارنة بالمجموعة الثانية.

وقام كل من هاريسون وبارباز Harrison and Barabasz (١٩٩١) بدراسة عن تأثير العلاج بالمثير البيئي المحدد Restricted Environmental Stimulation therapy على سلوك الأطفال ذوى التوحد وذلك على عينة بلغت (١٢) طفلاً تتراوح أعمارهم من (٥-٢.) سنة وأكدت نتائج الدراسة أن هذا العلاج له تأثير ذوى دلالة إحصائية مع هذه العينة حيث قد ساعد فى تقليل بعض الأعراض الحادة لدى هؤلاء الأطفال.

وقامت يارمايا وآخرون Yirmiya and others (١٩٩٢) بدراسة عن أثر التفهم العطوف Empathy والقدرة المعرفية فى الوظائف العليا للأطفال ذوى التوحد، كانت تهدف هذه الدراسة إلى النظر إلى هؤلاء الأطفال على أنهم ليسوا متخلفين عقلياً، ومن خلال مقارنة أداء هؤلاء الأطفال مع أداء الأطفال العاديين توصلت الدراسة أن التفهم العطوف والتركيز على القدرات المعرفية يؤثر على الفهم لدى الأطفال ذوى التوحد.

وفى دراسة قام بها كل من بيدرمان ودافئ **Biederman and Davey** (١٩٩٤) لتطبيق فنية النمذجة **Modeling** مقترنة بالتدعيم اللفظي على عينة بلغت (١٢) طفلاً ممن يعانون من صعوبات فى النمو ومن بينهم أطفال يعانون من التوحد وأوضحت نتائج الدراسة أهمية فنية النمذجة فى تحسن بعض حالات هؤلاء الأطفال، ولكن لم تظهر فروق واضحة لتأثير التدعيم اللفظي.

وقام رويارز **Royers** (١٩٩٥) بدراسة عن أثر التدخل المباشر للإصلاح بين الأقران لتسهيل التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوى الصعوبات النمائية وخاصة الأطفال ذوى التوحد، وذلك على عينة (١٣) طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين (٥-١٢) سنة وقد ركز الباحث على المشكلات الاجتماعية والتي تظهر بصورة واضحة أثناء التفاعل الاجتماعي مع الأقران، وقد أظهرت نتائج الدراسة تحسناً دالاً إحصائياً فى سلوكهم الاجتماعي بعد التدخل العلاجي.

الدراسة الميدانية

أولاً: العينة:

تكونت عينة الدراسة من (٤) أطفال ذكور ممن يعانون من مرض التوحد، تتراوح أعمارهم بين (٥.٦) سنة إلى (٧.٨) سنة، ثم تحويلهم من عيادات أطباء أمراض عصبية إلى مدرسة أكاديمية الحرمين التابعة للسفارة السعودية فى إندونيسيا، وهى مدرسة عربية تقبل أبناء الجاليات العربية بالإضافة إلى الجاليات الأجنبية التى تريد أن تتعلم اللغة العربية والعلوم الإسلامية، ويوجد بالمدرسة فصل نموذجي لفئات التربية الخاصة مجهز بأحدث الأجهزة والأدوات يدرس فيه معلمين فئات خاصة.

وعهد إلى الباحث الإشراف على هذا الفصل، ولذا أتيح للباحث بالاتفاق مع إدارة المدرسة على تطبيق برنامج العلاج بالحياة اليومية على حالات الأطفال ذوي التوحد، وذلك بعد مطابقة الأعراض على قائمة المظاهر السلوكية للأطفال ذوى التوحد، واستمر التطبيق لمدة عام دراسى كامل.

ثانياً: الأدوات:

قائمة المظاهر السلوكية للأطفال ذوي التوحد.

ملحق رقم (١)

إعداد/الباحث

اعتمد الباحث فى إعداد هذه القائمة على ما يلى:

١-الإطلاع على الدراسات والبحوث السابقة التى تتعلق بموضوع التوحد لدى الأطفال من حيث خصائص ومحاكات التعرف على المظاهر السلوكية لهذه الفئة ومن هذه الدراسات دراسة مايرز وجريسمان **Meyers and Gricsman**، (١٩٨٦) دراسة بارون – كوهين **Baron – cohen** (١٩٩.) دراستي عمر بن الخطاب (١٩٩٣ : ١٩٩٤)، دراسة السنتار **Alcentara**(١٩٩٤)، دراسة باربير **Barber** (١٩٩٦).

٢-الإطلاع على دليل التشخيص الإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات العقلية (١٩٨٧) وكذلك دليل التشخيص الإحصائي الرابع (١٩٩٤) **Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders** والصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكي **American Psychiatic Association** وهذا الدليل يصنف فئة التوحد على أنها فئة خاصة لها مظاهر سلوكية ومحاكات تشخيص تختلف عن فئة المتخلفين عقلياً وفئة صعوبات التعليم.

٣-تم إجراء دراسة استطلاعية على عينة من آباء وأمهات بعض أطفال يعانون من التوحد كذلك عينة من المعلمين والمعلمات ممن يتعاملون مع هذه الفئة فى مدارس التربية الخاصة وذلك من خلال استبانة مفتوحة تتضمن سؤالاً واحداً حول المظاهر السلوكية الموجودة لدى الأطفال ذوى التوحد.

مما سبق توصل الباحث إلى عدد من المظاهر السلوكية للأطفال ذوى التوحد وتم تصنيف هذه المظاهر وفقاً للتكرار والتطابق بين الدراسة الاستطلاعية والدراسات السابقة ووضعت هذه المظاهر السلوكية تحت أربعة أبعاد رئيسية عن الاضطرابات فى الجوانب التالية:

١-الاضطرابات الانفعالية.

٢-الاضطرابات الاجتماعية.

٣-الاضطرابات فى اللغة.

٤-الأنماط السلوكية النمطية.

٤-عرض القائمة فى صورتها الأولية على عدد من المحكمين المهتمين بفئات التربية الخاصة وذلك لتحديد المظاهر السلوكية ووضع الاستجابة المناسبة لهذه القائمة فى ضوء آراء المحكمين تم إجراء بعد التعديلات الخاصة بتحديد المظاهر السلوكية التى تعبر عن كل بعد مع حذف المظاهر المتشابهة وبالتالي تم إعداد القائمة فى صورتها النهائية بحث تتضمن الأبعاد الأربعة كل بعد يتكون من (١٢) عبارة تعبر عنه، وتتدرج الاستجابة على القائمة من (دائماً – أحياناً – نادراً) والدرجة (٢-١-.).

ثبات القائمة:

تم توزيع القائمة على عينة التقنين التى بلغت ٢٥ فرداً شملت آباء وأمهات أطفال يعانون من اضطرابات نمائية شملت (التوحد – التخلف العقلي – بطئ التعلم) وهؤلاء الأطفال فى مدارس التربية الخاصة.

تم حساب ثبات القائمة بطريقة التناسق الداخلي عن طريق حساب معاملات الارتباط بين الدرجة على كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذى تنتمى إليه العبارة، وأيضاً حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للقائمة، وفيما يلى الجداول التى توضح معاملات الارتباط ومستوى الدلالة الإحصائية.

جدول رقم (١) معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية ومستوى الدلالة

البعد	الاضطرابات الانفعالية	الاضطرابات الاجتماعية	الاضطرابات فى اللغة	المظاهر السلوكية النمطية
معامل الارتباط	..٧٧٨	..٧٦٩	..٦٢٣	..٥.٧
مستوى الدلالة	...١	...١	...١	...١

مستوى الدلالة عند ...٥ = ..٣٩٦ .　　　　عند ن = ٢٥

مستوى الدلالة عند ...١ = ..٥.٥

جدول رقم (٢)
يوضح معاملات الارتباط بين درجة المفردة والدرجة الكلية
للبعد الذى تنتمى إليه المفردة ومستوى الدلالة

البعد	الاضطرابات الانفعالية		الاضطرابات الاجتماعية		الاضطرابات فى اللغة		الأنماط السلوكية	
رقم المفردة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	..٣٩٩	...٥	..٥٨٩	...١	..١٢٣	غير دالة	..٤٨.	...٥
٢	..٥٦٧	...١	..٤٣٥	...٥	..٤٢٢	...٥	..٣٩٧	...٥
٣	..٣٩٨	...٥	..٤٢١	...٥	..٤.٥	...٥	..٥٥٨	...١
٤	..٤٧٣	...٥	..٦٥٧	...١	..٥٥٩	...١	..١٢.	غير دالة
٥	..٤٣٨	...٥	..٣٩٨	...٥	..٦٣٢	...١	..٥.١	...٥
٦	..١٣٢	غير دالة	..٦٥.	...١	..٥٨١	...١	..٥٥٢	...١
٧	..٦٢١	...١	..٥٥٤	...١	..٤٢٢	...٥	..٥٧٣	...١
٨	..٤٣.	...٥	..١٤٧	غير دالة	..٦٦٨	...١	..٥٢٨	...١
٩	..٤٨٢	...٥	..٤١٥	...٥	..٣٩٨	...٥	..٤٤٥	...٥
١.	..٥٩٢	...١	..٤١.	...٥	..٢٣٧	غير دالة	..٣٩٧	...٥
١١	..٥٤١	...١	..١٦٥	غير دالة	..٥١٧	...١	..٥٨٨	...١
١٢	..١٤٧	غير دالة	..٥٧٢	...١	..٥٥٦	...١	..١٦٤	غير دالة

مستوى الدلالة عند ...٥ = ..٣٩٦ عند ن = ٢٥

مستوى الدلالة عند ...١ = ..٥.٥

تم حذف العبارات غير الدالة إحصائياً.

صدق القائمة:

قام الباحث بحساب صدق قائمة المظاهر السلوكية للأطفال ذوى التوحد، وذلك بتطبيق دليل التشخيص الإحصائي الرابع المعدل (١٩٩٤) لمحاكات الاضطراب التوحدي على عينة الدراسة الاستطلاعية، وحساب معامل الارتباط بين درجة الطفل على قائمة المظاهر السلوكية للأطفال ذوى التوحد ودرجته على دليل التشخيص الإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية والاضطراب التوحدي، وكان معامل الارتباط هو (..٧.٢) وهو معامل ارتباط دال عند مستوى (...١) وهذا يدل على صدق قائمة المظاهر السلوكية.

النتائج والمناقشة:

استخدام الباحث الطريقة القبلية – البعدية للتعرف على فاعلية برنامج العلاج بالحياة اليومية فى تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد والجدول التالي يوضح درجات الأطفال على أبعاد قائمة المظاهر السلوكية فى القياسين القبلي والبعدي.

جدول رقم (٣) يوضح مجموع درجات الأطفال فى أبعاد قائمة المظاهرة السلوكية للأطفال ذوى التوحد فى التطبيقين القبلي والبعدي

الطفل / الأبعاد	الأول		الثاني		الثالث		الرابع	
	قبلي	بعدى	قبلي	بعدى	قبلي	بعدى	قبلي	بعدى
الاضطرابات الانفعالية	١٤	٨	١٢	٦	١٢	٧	١٢	٥
الاضطرابات الاجتماعية	١٣	٨	١٠	٥	١١	٨	١٣	٦
اضطرابات اللغة	١٣	٩	١٣	٩	١١	٨	١١	٧
المظاهر السلوكية النمطية	١٢	٥	١٠	٤	١٢	٧	١١	٦

ونظراً لصغر حجم العينة تم استخدام الحاسب الآلى، واستخدام اختبار الإشارة (Sign test) والذى يستخدم فى مثل هذه الحالات لمعرفة الفروق بين التطبيقين ومدى الدلالة الإحصائية توصل الباحث إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي وذلك لصالح التطبيق البعدي.

يتضح من نتائج الدراسة مدى فاعلية برنامج العلاج بالحياة اليومية فى تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد، ويرجع ذلك إلى أن فنية العلاج بالحياة اليومية منهج تربوي لمساعدة الأطفال ذوى التوحد، وهذا المنهج يعتمد على خمسة مبادئ أساسية تساهم فى تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد وتجعلهم قادرين على الاعتماد على أنفسهم.

ويرجع نجاح البرنامج العلاجي إلى أنه متكامل يتناول كافة الاضطرابات الخاصة بفئة الأطفال ذوى التوحد، فهو يركز على تعلم المهارات الأكاديمية والدراسية فى مدرسة التربية الخاصة من خلال أساتذة متخصصين فى هذا المجال، ويكون ذلك مع أطفال فى نفس أعمارهم ونفس مرضهم، ويركز أيضاً على تقديم برامج المدرسة العادية من خلال دمج هؤلاء الأطفال ذوى التوحد من أقرانهم العاديين وذلك لتهيئة بيئة صالحة للنمو الاجتماعي والانفعالي.

هذا ما أكده كل من واد ومور Wade and Morre (١٩٩٤) ورويايرز Royers (١٩٩٥).

وقد أشار طلعت منصور (١٩٩٤ : ٦٢-٦٣) على أهمية البرامج العلاجية للأطفال ذوى المشكلات السلوكية أو الجسمية أو التعليمية وذلك من خلال فلسفة الدمج Mainstreaming والتي تعنى تكامل هؤلاء الأطفال فى أوضاع وبرامج التربية النظامية العادية، بحيث يتلقون خدمات خاصة فى الفصول العادية، وأن يتفاعلوا قدر الإمكان مع أقرانهم العاديين فى بيئة أقل تقييداً.

وترجع فعالية برنامج العلاج بالحياة اليومية إلى أنه برنامج متكامل يساعد على التقليل من اضطرابات التوحد لدى الأطفال، ذلك إذا ما قورن بالبرامج والعلاجات التى استخدمت فى الدراسات والبحوث السابقة حيث أنها كانت تركز على أحد اضطرابات التوحد دون النظر إلى

الاضطرابات المتعددة الأخرى ومن هذه الدراسات دراسة كل من فويات Voyat(١٩٨٢)، روجرز Rogers (١٩٩١) ، دراسة بدرمان ودافئ Bleder Man and Davery (١٩٩٤) وهذه الدراسات اهتمت بالاضطراب فى الجوانب المعرفية فقط، بينما دراسة كل من دنيلاب وآخرون Dunlap and others (١٩٨٨) وتشالين وآخرون Schleien and others(١٩٩٠)، هاريسون وباباز Harrison Barabasz (١٩٩١) دراسة رويارز Roeyers (١٩٩٥) وهذه الدراسات اهتمت بالاضطرابات الاجتماعية، بالإضافة إلى دراسة يارمايا وآخرون Yirmiya and others (١٩٩٢) فقد اهتمت بالاضطرابات الانفعالية.

أما بخصوص برنامج العلاج بالحياة اليومية فهو برنامج متكامل لعلاج الاضطرابات المتعددة للتوحد لدى الأطفال، وهذا ما دفع بعض الدول إلى تطبيق هذا العلاج كمنهج متخصص فى مدارس التربية الخاصة للأطفال ذوى التوحد ومن هذه الدول على سبيل المثال اليابان وأمريكا وكندا.

ويتضح ذلك فى تفسير نتائج الدراسة فى جوانب الاضطرابات المتعددة لمرض التوحد لدى الأطفال.

بالنسبة للاضطرابات الانفعالية:

فقد لوحظ على بعض الأطفال ذوى التوحد أنهم لا يبتسمون ولا يضحكون وإذا ضحكوا لا يعبر ذلك عن المرح لديهم، والبعض لا يعانق ولا يحضن حتى أمه، والبعض كان لا يظهر أي مظاهر انفعالية كالدهشة أو الحزن أو الفرح.

ولهذا فقد كان من أحد المقومات الأساسية لبرنامج العلاج بالحياة اليومية هو تهيئة جو من الاستقرار العاطفي لدى هؤلاء الأطفال فى المدرسة وفى البيت أيضاً ومحاولة تقليد الأطفال العاديين فى بعض التعبيرات الانفعالية أثناء جدول الحصص فى المدرسة العادية وكان يظهر ذلك فى رد السلام على معلم الفصل عند دخوله عليهم، والمشاركة فى الابتسام والضحك عندما يميل المعلم إلى فعل ذلك معهم وكذلك تقليد الأطفال العاديين عندما يقابلون آباءهم أو أمهاتهم أثناء الانصراف من المدرسة من أفعال مثل التقبيل أو الاحتضان أو السلام.

وقد ظهر تحسناً ملحوظاً على بعض الأطفال فى هذا المجال من خلال أنشطة تقليد بعضهم البعض، وقد يتدخل المشرف كلما لزم الأمر لتفسير بعض المظاهر الانفعالية لهؤلاء الأطفال ذوى التوحد.

بالنسبة للاضطرابات الاجتماعية:

فقد كان يعانى الأطفال ذوى التوحد من صعوبات فى التفاعل الاجتماعي بطريقة واضحة جداً ومن هذه الصعوبات عدم الميل إلى اللعب الاجتماعي، تجنب اتصال العين بالعين – صعوبة تقليد الآخرين – إزعاج الآخرين بأصوات أو الصراخ العالي – إفساد أعمال وممتلكات الآخرين.

وقد قام الباحث بعمل قائمة لكل طفل تتضمن بعض الصعوبات الشائعة لديه فى النواحي الاجتماعية وذلك للتعرف على مدى التغلب عليها أو التخفيف منها بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

وقد أتاح منهج العلاج بالحياة اليومية الفرصة الحقيقية للأطفال ذوى التوحد للتعامل مع الأطفال العادين فى فصل دراسى واحد، وقد راعى الباحث تزايد فترات الدمج مع كل مرة حتى يكون الدمج تدريجياً بحيث لا يحدث نفور أو كراهية للأطفال ذوى التوحد لهذه الطريقة وكذلك قد يزداد الميل العدوانى عندهم مع زيادة القلق والتوتر وقد وضع الباحث خطوات لعملية الدمج وهى:

١ـقضاء وقت للسلوك الضروري للتفاعل الاجتماعي (اللعب المنفرد).
٢ـقضاء وقت قصير فى التفاعل مع الأقران.
٣ـتكرار السلوك الفطري.
٤ـقضاء وقت طويل فى التفاعل مع الأقران.
٥ـتعميم المكاسب الخاصة بالتفاعل الاجتماعي فى مواقف أخرى.

وقد راعى الباحث بعض أشكال من التفاعل الاجتماعي مثل لعب الأدوار أثناء الألعاب الرياضية مثل لعبة الجري أو المصيدة (الاستغماية) وذلك للتعود على مهارات اللعب الاجتماعي مع الآخرين.

بالنسبة للاضطرابات اللغوية:

من استعراض قائمة المظاهر السلوكية الخاصة بالاضطراب فى اللغة وكذلك من الملاحظة الذاتية لبعض الأطفال ذوى التوحد اتضح أن هناك شذوذ فى الكلام منها تكرار كلمات معينة ترديد الكلام مثل الببغاء أو استخدام الضمير العكس مثل قول انت للتعبير عن أنا، بالإضافة إلى الصمت الواضح وغير ذلك من الاضطرابات اللغوية.

وقد اهتم برنامج العلاج بالحياة اليومية بهذه المشكلات واعتمد على شقين الأول هو تقديم برامج تعليمية داخل المدرسة الخاصة بهم تركز على مهارات اللغة والكلام بالاستعانة بالمتخصصين فى هذا المجال أم الشق الثاني فكان يتم أثناء جدول الحصص فى المدرسة العادية حيث يتاح لهؤلاء الأطفال الفرصة للتواصل اللفظي وغير اللفظي مع الأطفال العاديين وكان يتم ذلك تحت إشراف المعلمين وقد يحدث نوع من التدخل أو التلقين أو المساعدة من هؤلاء المشرفين بكلمات قصيرة أو إشارات تعبر عن فهم اللغة.

بالنسبة للأنماط السلوكية المتكررة (النمطية):

تعتبر الأنماط السلوكية المتكررة من السمات المميزة للأطفال ذوى التوحد، فقد تم تسجيل عدد من الأنماط السلوكية الروتينية لكل طفل والتي كان يكررها بنفس الطريقة وبنفس الكيفية طوال اليوم وكان من بين هذه الأنماط السلوكية المشى على أصابع القدم – اللعب بأصابع اليد فى العين أو الأنف أو الأذن – الاندفاع بقوة ثم الوقوف فجأة، تمايل الرأس على جانب واحد، وقد لوحظ أن هذه الأنماط السلوكية تزداد أثناء أوقات القلق والتوتر.

ولقد اهتم برنامج العلاج بالحياة اليومية بعلاج هذه الأنماط السلوكية حيث اعتبرت هذه الأنماط أنشطة غير هادفة ومجهود ضائع لا فائدة منه، ومن هنا كان الاهتمام بالأنشطة الرياضية البدنية الجادة والصارمة كمحاولة لتقليل التوتر والقلق والميول العدوانية وكذلك محاولة السيطرة على الجسم وكانت لهذه التمرينات الرياضية أوقات محددة.

كما أتاح البرنامج الفرصة للأطفال ذوى التوحد فى ممارسة الأنشطة والهوايات المحببة لديهم منها الموسيقى والرسم والرياضة الروحية وكانت تتم إما فى مجموعات أو فردية وكل هذه الأنشطة كان الهدف منها تقليل الحركات والأنشطة غير الهادفة.

وقد لاحظ الباحث بعد فترة تطبيق البرنامج العلاجي أن هناك تحسناً ملحوظاً فى هذا الجانب ولكن ما زالت هناك بعض الأنماط السلوكية لدى بعض الأطفال لم يتخلص منها نهائياً وخاصة فيما يتعلق باللعب بالأصابع فى بعض أجزاء الوجه.

وختاما:

نؤكد على ما قاله حامد زهران (١٩٨٠ : ٣٤٧-٤١٢) من أن للطفل سيكولوجيته الخاصة وخصائص النمو التى تميز مرحلة الطفولة أهمها سرعة النمو والتطور من عام لآخر، وتتخلل مرحلة الطفولة بعض المشكلات والاضطرابات المتطرقة فهي أساس الخطورة فيما بعد، وما دامت الشخصية فى مرحلة نمو فإن عملية التعديل والتغيير والتعلم تكون أسهل فى مرحلة الطفولة عنها فى المراحل التالية وعلى هذا فإن المدارس تحتاج إلى تنظيم برامج للحالات الخاصة لعلاج المشكلات الانفعالية والاجتماعية على المستوى التربوى والعلاجي.

ومما سبق فإن تربية الأطفال ذوى التوحد لا تتم داخل المدارس الخاصة فقط وإنما تكون من خلال دمج هؤلاء الأطفال فى بيئة عادية غير تقليدية ويتم ذلك فى المدرسة العادية من خلال عمل وحدات دراسية أو حصص يتم فيها الاختلاط بالأطفال العاديين وهذه هى فلسفة برنامج العلاج بالحياة اليومية التى تعتمد على تقديم منهج تربوي متكامل أولاً فى مدارس التربية الخاصة لتعليم الدروس الأكاديمية من لغة ورياضيات وعلوم وغير ذلك، وفى نفس الوقت هناك برنامج يتم فى المدارس العادية لإتاحة الفرصة لهؤلاء الأطفال للاحتكاك والتفاعل الاجتماعي واكتساب التعبيرات الانفعالية مع أقرانهم من الأطفال العاديين.

ويضع الباحث عدد من التوصيات عند تطبيق هذا البرنامج وهى:

١-لكل طفل حاجات ومظاهر سلوكية خاصة تؤخذ فى الاعتبار.

٢-أن يتلازم فى البرنامج العلاجي المساعدة فى الجوانب التالية:

-التعبيرات الانفعالية.

-المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي.

-المهارات اللغوية.

-التقليل من الأنماط السلوكية النمطية.

٣-عدم إهمال تأثير الأطفال الآخرين ذوى التوحد.

٤-التركيز على تعلم الطفل الاعتماد على الذات والاستقلال فى الحياة العامة.

٥-التفاعل الاجتماعي مع الأقران العاديين فى الحياة العامة فى المدرسة أو النادي أو الشارع.

٦-إرشاد الوالدين لتكملة البرنامج العلاجي.

٧-استغلال النشاط الزائد والحركات غير الهادفة إلى مهارات فنية فى الرسم أو الموسيقى أو ممارسة الرياضة.

المراجع

(١) أحمد زكى بدوى (١٩٨٢) : معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية : بيروت : مكتبة لبنان.

(٢) حامد عبد السلام زهران (١٩٨.) : التوجيه والإرشاد النفسي. ط٢، القاهرة : عالم الكتب.

(٣) طلعت منصور غبريال (١٩٩٤) : استراتيجيات التربية الخاصة والكفاءات اللازمة لمعلم التربية الخاصة. مجلة الإرشاد النفسي – جامعة عين شمس، العدد الثاني (٩٥-١..).

(٤) عادل عز الدين الأشول (١٩٨٧) : موسوعة التربية الخاصة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

(٥) عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤) : خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية (الأوتيسية) على استخبار إيزنك لشخصية الأطفال (مجلة معوقات الطفولة – جامعة الأزهر)، مجلد ٣، ٦٣-٧٢ .

(٦) فاروق محمد صادق (١٩٩٣) : أسس برامج التدخل المبكر لذوى الحاجات الخاصة. (مجلة معوقات الطفولة – جامعة الأزهر)، مارس مجلد ٣، ٩-٤٩ .

(٧) فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٩.) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين، التربية الخاصة، ط٤، الجزء الثاني، الكويت : دار القلم.

(٨) فؤاد البهي السيد : (١٩٧٩) علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشرى. القاهرة : دار الفكر العربي.

(٩) كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٥) : التدخل المبكر فى رعاية التخلف العقلي ودور الإرشاد النفسي فيه. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد الرابع.

(10) Alcentara, P. (1994) : Effects of videotape instructional Package on purchaning skills of children whit Autism. Exceptional children, vol 61, No. 1, , P.4.-55.

(11) Barber, C. (1996) : The integration of avery able pupil with Asperger syndrome into a mainstream school. Brithish journal of social Education, Vol. 23, No.1, March. P. 19-24.

(12) Baron, Cohen, S. (1988) : Social and pragmatic deficits in autism : Cognitive or affective? Journal of Autism and Develpmental disorders, vol. 18, P. 379-4.2.

(13) Biderman, G. and others (1994) : The Negative Effectss of Positive reinforcement in teaching children with development delay. Exceptional children, Vol. 6., No.5, P. 458-465.

(14) Dunlap, G. and others (1988) : Team training for young children with autism : A Regional model for service delivery. Journal of the Division for early childhood, vol. 12, No.2, P. 147-16..

(15) El-Khatib, O, (1993) : Characteristics of autistic children Parents. Journal of Handicap childhood vol. 2, P. 33-349.

(16) Goldstein, M. and Other (1986) : Abnormal psychology Experiences, origins and Interventions little, Toronto Brownand company,.

(17) Handleman, J. and others (199.) : Mathers, fathers, Teachers, and speech Thrapists as Assessors of Treatment outcome for children with autism. Education and Treatment of children, Vol. 13, No2. P. 153-158.

(18) Handleman, J and others (1991) : Specialization Program for preschool children with autism. Language, Speech and Hearing Services in schools, Vol 22, No.3, P. 1.7-11..

(19) Harrison, J. and Barabasz, (1991) : A. Effects of restricted environmental stimulation therapy (REST) on the Behavior of children with Autism Child study Journal, Vol. 21, No.3, P. 153-166.

(2.) Hobson, R., (1986) : The Autistic child's appraisal of expressions of emotion, Journal of Cchild Psychology and Psychiatry, Vol. 27, P. 321-342.

(21) Illinois stat (1987) : Deparatment of Mental Health and Development Disabilities : A Report on service Need of Persons with Autism Spring fied, Ja.

(22) Jardon, R. and powell, S., (199.) : Autism and Mational curriculum. British Journal of Special Education, Vol. 14, No. 4, P. 14.-142.

(23) Lord, C. and Schopler, E., (1985) : Differences in sex ratias in autism as a function of measured intelligence. Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. 15, No.2, JunP. 185-193.

(24) Lord C. and others, (. 1982) : Sex differences in autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. 12, No.4, Deec, P.317-33..

(25) MC - Donald , A., (1972) : Chambers Twentieth century Dictionary. New Delhi.

(26) Marchionne, A., (1982) : Early Childhood Autism U. S. Illinois.

(27) Meyers, K. and Criesman, B., (1986) : Autism : Basic Information and Autism Questions and Answers. Bancroft school, Haddon field NJ. Apr.

(28) Miller, M. (199.) : Characteristics of autism literature review, In Eric.

(29) Quill, K. and Others, Daily life therapy (1989) : A Japanese Model for education children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol.19, No.4, P. 625-635.

(3.) Robbins, F. and Others, (1991) : Family characteristic family training and progress of young children with autism. Journal of Early Intervention, Vol. 15, No2, Spr, P. 173-184.

(31) Roeyers, H. (1995) : A peer, mediated proximity intervention to facilitate the Social Interactions of children with pervasive developmental disorder. British Journal of Special Education, Vol. 22, No. 4, Dec. P. 161-76.

(32) Rogers, S., (1991) : A comparative study of the effects of developmentally based instructional modle on young children with autism and Young children with Disorders of Behavior and Development Topics in Early childhood. Special Education, Vol. 11, No2, P.29-47.

(33) Rogers, S, and Others (1986) : An Approach for enhancing the symbolic communicative and interpersonal functioning of young children with autism or servers emotional handicape. Journal of the Division for early childhood, vol. 19, No.2, P. 135-145.

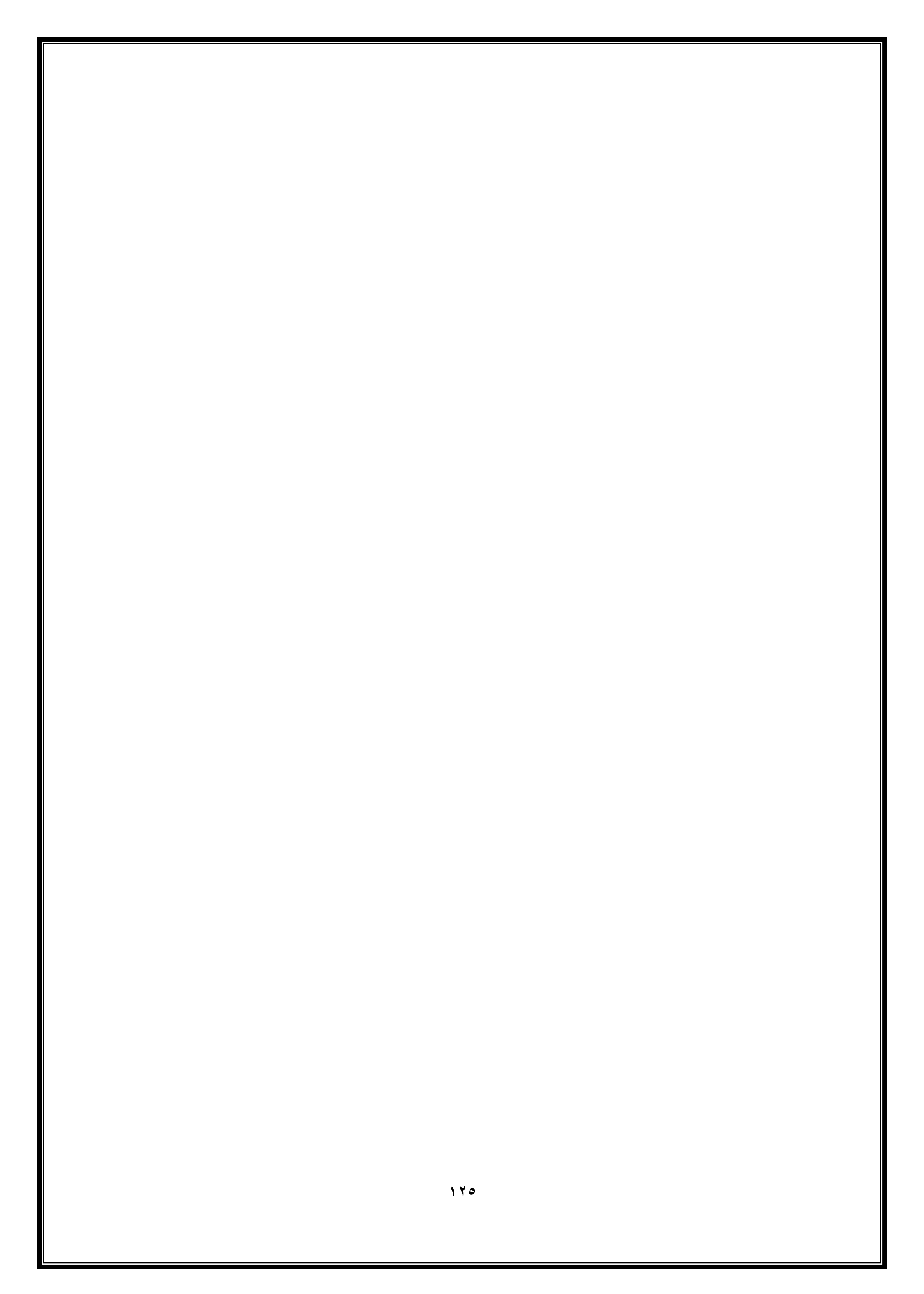
(34) Schleien, S. and Others (199.) : Effects of social play activities on the Play behavior of children with autism. Journal of leisure Research, Vol. 22, No.4, P. 317, 328.

(35) Shea, V. and Mesibove, G., (1985) : The Relationship of learning disabilities and higher-level autism. Journal of Autism and Development Disorders, Vol. 15, No. 4 P. 422-435.

(36) Voyat, G. (1982) : Symbolic play in the treatment of autism in childien New York university Education Quarterly, Vol 13, No.4, P.11-15.

(37) Wade, B. and Moore M. : Felling different view points of students with Special Educational Needs. British Journal of special education, Vol.21, No.4, Dec. 1994, P.161-165.

(38) Yirmiya , N. and Others (1992) : Empathy and cognition in High –Functioning children with autism. Child Development, Vol.63., No.1, P. 15.-16..



الفصل السادس

إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة

- 🕮 الملاحظة
- 🕮 المقابلة
- 🕮 دراسة الحالة
- 🕮 الاختبارات
- 🕮 الاستبيانات
- 🕮 المراجع

- إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة **Special Need Counseling**
- هو عملية المساعدة لذوي الاحتياجات الخاصة في رعاية وتوجيه نموهم نفسيا وتربويا ومرضيا وأسريا وحل مشكلاتهم المرتبطة بحالة إعاقتهم أو تفوقهم ،، بهدف تحقيق التوافق و الصحة النفسية لهم.

الاتجاهات الحديثة فى إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة

مقدمة

النمو حقيقة من حقائق الوجود الإنساني، يمر الفرد بمراحل الطفولة، والمراهقة، والرشد، والشيخوخة، هذا النمو يشمل كافة جوانب شخصية الفرد الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، بهدف تحقيق توافق الفرد مع نفسه، ومع الآخرين المحيطين به، وهذا النمو لا يحدث تلقائياً بل لابد له من رعاية وتوجيه، ولكن مسيرة هذا النمو للفرد قد يعوقها أحداث معينة سواء وراثية أو بيئية، مما يجعله لا يجارى أقرانه فى نموهم، وإنما يختلف عنهم فى جانب أو أكثر من جوانب شخصيته، ليس فى الدرجة فقط، وإنما أيضاً فى النوع، وهنا يستدعى نوعاً خاصة من التربية يطلق عليها التربية الخاصة لأن الفرد أصبح ذا حاجة خاصة.

وتقدر المنظمات الدولية اليونسكو **UNESCO** [*] ومنظمة الصحة العالمية **WHO**[**]انسبة ذوى الحاجات الخاصة (المعوقين) فى المجتمعات على النحو التالي ٨% من مجموع السكان فى البلاد المتقدمة والغنية، وحوالى ١.% من المجتمعات متوسطة النمو مثل مصر، وحوالى ١٢% من المجتمعات الفقيرة أو المتخلفة النمو، حيث ينتشر الفقر والجهل والمرض، وقد تتأثر هذه التقديرات بقيام الحروب أو المجاعات أو الأوبئة، مما سبق يتضح أن المعوقين شريحة من المجتمع لا يستهان بها، ويقدر عددهم فى مصر حسب تقديرات المنظمات الدولية المتخصصة بحوالي ١.% من مجموع السكان، أى يوجد أكثر من ٦ مليون فرد معوق.
واتفق حديثاً كثير من الباحثين والهيئات والمراكز المتخصصة المهتمين بالتربية الخاصة على استخدام مصطلح ذوى الاحتياجات الخاصة بدلاً من المعوقين أو ذوى الاضطرابات أو ذوى العجز، وأن ذوى الاحتياجات الخاصة هم الذين ينتمون إلى فئة أو أكثر مما يلى : الموهبة والتفوق العقلي، والإعاقة العقلية، والإعاقة البصرية، والإعاقة السمعية، والإعاقة البدنية والصحية، وصعوبات التعلم، والاضطرابات الانفعالية والسلوكية، والتوحد الطفولي. (وزارة التربية والتعليم، (١٩٩٥)، **(Individuals with Disabilities Education Act. (IDEA) 1997, The Council for Exceptional children ((CEC) 2..2)**

وبالتالي فإن ذوى الاحتياجات الخاصة لديهم واحد أو أكثر من الفئات السابقة، ويحتاج إلى خدمات ورعاية خاصة طوال حياته أو خلال فترة من حياته.
ولا شك أن ذوى الاحتياجات الخاصة (الموهوبين والمعوقين) فى كل دولة يمثلون قطاعاً هاماً فى ثروتها البشرية، غير أن هذه الأعداد الكبيرة تحتاج إلى رعاية مستمرة، ومع التطورات والمستجدات التى طرأت فى هذا الميدان فى النواحي العلمية والتطبيقية، والتي

---

[*] http://www. Unesco.org/education/educprog/sne.

[**]http://www. Who.int.

ساعدت على اكتمال الرؤية فى الاهتمام بهذه الفئات لتقديم أفضل رعاية صحية وتعليمية واجتماعية ومهنية، من خلال إتاحة الفرص للمشاركة فى عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية بأقصى قدر ممكن.

ولا ينكر أحد أهمية الإرشاد النفسي في رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة، لأن الإرشاد النفسي أصبح جزءاً لا يتجزأ من برامج رعاية هذه الفئات، وأصبح دور المرشد النفسي فى مدارس التربية الخاصة أو المدارس العادية مكملاً لأدوار كل من المدرس المتخصص فى التربية الخاصة، والأخصائي الاجتماعي، والطبيب (كمال مرسى، ١٩٩٥ : ٣١).

وباعتبار أن الإرشاد عملية يتم عن طريقها مساعدة شخص مضطرب، ليشعر ويسلك بطريقة أكثر فاعلية واقتناع من خلال التفاعل مع شخص عادى، حيث يقدم المرشد المعلومات وردود الفعل التى تنبه الشخص المضطرب، ليطور سلوكياته للتعامل بشكل أ كثر فعالية مع نفسه ومع بيئته، وعادة ما تهدف البرامج الإرشادية لذوى الاحتياجات الخاصة إلى إكساب الخبرات التعليمية والثقافية والمهنية والاجتماعية وفقاً لاستعدادات وقدرات وظروف الإعاقة ونوعها وشدتها، وذلك بهدف الوصول بهؤلاء الأفراد إلى الاعتماد على أنفسهم وإعدادهم كمواطنين لهم حق فى الحياة ولهم أدوارهم فى خدمة المجتمع مهما كان حجم الإسهام.

ويمثل الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة مشكلة خاصة لذويهم بدءاً بالوالدين وامتداداً إلى كل أفراد الأسرة المباشرة لهم، وبالتالي فإن موضوع إرشاد والدى هؤلاء الأطفال لكيفية إدراك ظروفهم وحاجاتهم والتعامل معهم فى مراحل العمر المختلفة يجب أن ينال اهتمام الباحثين.

ويشير حامد زهران (١٩٩٧: ٤٣٣) أن الإرشاد النفسي لذوى الاحتياجات الخاصة يتمثل فى الإرشاد العلاجي والتربوي والمهني للمعاقين والموهوبين، وإتاحة فرص التعليم إلى أقصى حد تسمح به قدراتهم، حتى يمكن الوقاية من مضاعفات نفسية للعجز القائم والتغلب على مشكلة بطالة المعاقين، كذلك يجب الاهتمام بإرشاد الوالدين حول طريقة معاملة المعاق بحيث ينمو صحيحاً نفسياً.

ويضيف شاكر قنديل (٢..١ : ١٧.-١٧١) أن البرامج الإرشادية لذوى الاحتياجات الخاصة يجب أن يتم تصميمها بشكل موجه نحو تحسين الكفايات التربوية للطفل من منطلق جوانب القوة، بدلاً من التركيز على معالجة الصعوبات ومناطق الضعف.

ولقد تزايدت الدراسات والبحوث التى تقدم خدمات إرشادية لذوى الاحتياجات الخاصة عموماً بهدف تهيئة فرص النمو الجسمي والنفسي والعقلي والاجتماعي، والاستفادة بأقصى ما يمكن من نقاط القوة لذوى الاحتياجات الخاصة، ولكن فى البيئة العربية انصب الاهتمام على فئات معينة من خلال دراسات فردية لم تتوافر فيها البرامج التى يشرف عليها مؤسسات أو مراكز بحوث أو وزارات باستثناء مركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، الذى يعقد مؤتمرات ودورات تدريبية لذوى الاحتياجات الخاصة (الموهوبين – المعوقين).

وتشير الدراسات والبحوث إلى أن كفاءة البرامج الإرشادية المقدمة للأفراد ذوى الاحتياجات الخاصة يجب أن يراعى فيها ما يلى :

- **نوع كل فئة من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة.**

- مراعاة الجنس، والثقافة السائدة.
- تحديد خطة تطبيق البرنامج الإرشادى الفردي والجماعي.
- مراعاة الاحتياجات البدنية والطبية.
- توافر فريق متكامل يتضمن (الأخصائي الاجتماعي – الأخصائي النفسي، الطبيب، أساتذة التربية الخاصة).
- التواصل بين المدرسة والأسرة حتى تتكامل الخدمة الإرشادية.

وفيما يلى نستعرض المفاهيم الأساسية لذوى الاحتياجات الخاصة، والبرامج الإرشادية المقدمة لهم عامة، والتوجه الإرشادى فى استراتيجيات دمج ذوى الاحتياجات الخاصة، والبرامج الإرشادية المقدمة لكل فئة على حدة، وأخيراً خاتمة.

المفاهيم الأساسية:

يقصد بذوي الاحتياجات الخاصة كل فرد يحتاج طوال حياته أو خلال فترة من حياته إلى خدمات خاصة لكى ينمو أو يتعلم أو يتدرب أو يتوافق مع متطلبات حياته اليومية أو الأسرية أو الوظيفية أو المهنية، ويمكنه بذلك أن يشارك فى عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية بقدر ما يستطيع وبأقصى طاقاته كفرد فى المجتمع.

وفيما يلى نستعرض تعريف ذوى الاحتياجات الخاصة وتصنيفهم:

١-تعريف ذوى الاحتياجات الخاصة:

يرى كل من جمال الخطيب وآخرون (١٩٩٢ : ١٢-١٥) وكنوبلوش وسورنسون Knoblauch and Sorenson (1998 :1-3) وعبد المطلب القريطى (٢..١ : ١٩) أن ذوى الاحتياجات الخاصة عموماً هم أولئك الأفراد الذين ينحرفون عن المستوى العادي أو المتوسط فى جانب أو أكثر من جوانب الشخصية، إلى الدرجة التى تحتم احتياجهم إلى خدمة خاصة تختلف عما يقدم إلى أقرانهم العاديين، وذلك لمساعدتهم على تحقيق أقصى ما يمكنهم بلوغه من النمو والتوافق.

٢-تصنيف ذوى الاحتياجات الخاصة :

لقد حدد كل من وزارة التربية والتعليم فى مؤتمرها القومي الأول للتربية الخاصة فى مصر (١٩٩٥ : ٦٥) والتعديلات التى تمت على القانون رقم (٤٧٦-١.١) لسنة ١٩٩٧ لقانون تربية ذوى الاحتياجات الخاصة Individual with Disabilities Education Act ,1997 وكذلك المجلس القومي للتعليم والبحث العلمي والتكنولوجيا (٢... : ٩-١.)، ومركز الأطفال غير العاديين The Council for Exceptional children (CEC), 2..2 أن ذوى الاحتياجات الخاصة هم الذين ينتمون إلى فئة أو أكثر من الفئات التالية :

١-الموهبة والتفوق العقلي.
٢-الإعاقة العقلية بمستوياتها المختلفة.
٣-الإعاقة البصرية (الكلية – الجزئية).
٤-الإعاقة السمعية (الكلية – الجزئية).
٥-الإعاقة الجسمية والصحية.
٦-صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية.
٧-الاضطرابات الانفعالية والسلوكية.
٨-التوحد الطفولي.

٩-فئة الأقليات التى تنتمى إلى أكثر من فئة مما سبق ومنها : الإعاقات المتعددة والمحرومين ثقافياً والمتأخرين دراسياً، والجانحين.

وأضاف بريس Brice (2..1) فئة الأطفال ذوى اضطرابات التواصل Communication disorders وهم الأطفال الذين لديهم صعوبات فى القدرة على التواصل وتبادل المعلومات مع الآخرين، وتظهر هذه الحالات مع الإعاقة السمعية أو صعوبات التعلم، أو نتيجة عيوب نيورولوجية (عصبية)، أو عيوب فموية مثل تشقق فى الحلق، أو تشقق الشفتين.

وكذلك لابد من توافر شرطين لكى يطلق على الأطفال صفة ذوى الاحتياجات الخاصة وهما :

أولا : أن يكون لدى الطفل واحد أو أكثر من الصعوبات التى ذكرت سابقاً.

ثانياً : يتطلب الطفل تربية خاصة أو خدمات خاصة.

وفيما يلى نستعرض تعريف كل فئة من ذوى الاحتياجات الخاصة بإيجاز:

(١) الموهبة والتفوق العقلي:

أ-الموهبة:

هى استعداد وراثي، ويقوم التعليم والتدريب بصقلها وتنميتها، ولكنه لا يوجدها إذا لم تكن موجودة أصلاً، والطفل الموهوب هو من يملك قدرات خاصة تميزه عن أقرانه فى أدائه، ويصل إلى مستوى رفيع ومستمر فى جانب أو أكثر من جوانب النشاط الإنساني الذى تقدره الجماعة فى مجال أكاديمي (كالرياضيات أو العلوم أو اللغات) أو فى مجال غير أكاديمي (مثل الفنون والألعاب الرياضية والمهارات الميكانيكية والمجالات الحرفية) ويتميز الموهوب بالتفوق العقلي والابتكار، (محمد الطيب وآخرون (٢...)، المجلس القومي للتعليم والبحث العلمي والتكنولوجيا (٢...)، Feldhusen (2..1)

ب-التفوق العقلي:

هو وصول الفرد فى أدائه إلى مستوى أعلى من مستوى العاديين فى مجال من المجالات التى تعبر عن المستوى العقلي الوظيفي، بشرط أن يكون ذلك المجال موضع تقدير الجماعة (عبد السلام عبد الغفار، ١٩٧٧ : ٣٤).

ولقد أشار فيلدهسين Feldhusen (2..1) إلى أن مصطلح موهوب يتضمن مصطلح متفوق وعرف الموهوبين والمتفوقين بأنهم الذين يتم التعرف عليهم فى مرحلة ما قبل المدرسة أو المرحلة الابتدائية أو الثانوية، بأن لديهم قدرات خاصة، سواء كانت ظاهرة أم كامنة، والتي تشير إلى آداء عال فى مجالات القدرة العقلية والابتكارية والأكاديمية والقيادة والفنون البصرية والأدائية، والذين يحتاجون إلى خدمات خاصة لا توفرها لهم المدارس العادية.

(٢) الإعاقة العقلي:

يشير مصطلح الإعاقة العقلية إلى انحراف الأفراد عن المتوسط العام من حيث النمو العقلي بوحدتين سالبتين من وحدات الانحراف المعياري، ويصاحب ذلك خلل واضح فى السلوك التكيفي، ويظهر فى مراحل العمر النمائية من الميلاد حتى سن ١٨عاماً (Schalock, 1994 : 181).

تصنيف الإعاقة العقلية:

تصنف الإعاقة العقلية إلى فئات حسب معايير مختلفة، فقد تصنف حسب الأسباب التى أدت إليها أو بحسب درجة الذكاء، أو بحسب الشكل الخارجي، أو بحسب القدرة على التعلم والتوافق الاجتماعي، وسوف نقتصر هنا على تصنيف الإعاقة العقلية على حسب الأداء الوظيفي العقلي والقدرة على التعلم والتوافق الاجتماعي، ويتمثل ذلك فى التخلف العقلي.

أ-تعريف التخلف العقلي:

لقد حددت الرابطة الأمريكية للتخلف العقلي American Association for Mental Retardation (1992) وحامد زهران (١٩٩٧ : ٤.٤-٤.٥) التخلف العقلي بأنه حالة نقص أو تأخر أو تخلف أو توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي المعرفى، يولد بها الفرد أو تحدث فى سن مبكرة، ويكون معدل ذكائه ٧. فأقل، وتتضح آثارها فى ضعف مستوى أداء الفرد فى المجالات التى ترتبط بالنضج والتعلم والتوافق.

ويضيف عبد الرقيب البحيري (٢..٢ : ٨) أن التخلف العقلي هو قصور فى المهارات التكيفية اليومية، ويقاس بالأداء الوظيفي العقلي، ويحتاج هذا التخلف إلى الدعم والتربية الخاصة، والتأكيد على احتياجات الفرد بدلاً من عجزه.

ب-تصنيف التخلف العقلي:

يصنف التخلف العقلي على الأساس التربوى والسيكولوجي على النحو التالي:

١-التخلف العقلي الخفيف Mild (المأفون) Moron :

تبلغ نسبتهم حوالى ٧٥% من مجموع المتخلفين عقلياً، وتتراوح نسبة ذكائهم بين ٥١-٧.، ويتراوح عمرهم العقلي فى أقصاه بين ٧-١. سنوات، وهم قابلون لتعلم القراءة والكتابة والحساب.

٢-التخلف العقلي المتوسط Moderate (الأبله) Imbecile:

تبلغ نسبتهم حوالى ٢.% من مجموع المتخلفين عقلياً، وتتراوح نسبة ذكائهم بين ٢٦-٥.، ويتراوح عمرهم العقلي فى أقصاه بين ٣-٧ سنوات، ومن خصائصهم العقلية المعرفية أنهم غير قابلين للتعلم إلا أنهم قابلون للتدريب.

٣-التخلف العقلي الشديد Severe (المعتوه) Idoit:

تبلغ نسبتهم حوالى ٥% من مجموع المتخلفين عقلياً، وتقل نسبة ذكائهم عن ٢٥، ولا يزيد عمرهم العقلي عن أقصاه عن ٣ سنوات، ومن خصائصهم العقلية المعرفية أنهم غير قابلين للتعلم أو التدريب.

٤-التخلف العقلي الحاد Profound:

تقل نسبة ذكائهم عن ٢.، وهم عاجزون عن العناية بأنفسهم أو حمايتها من الأخطار، ويحتاجون إلى مؤسسات خاصة أو مراكز علاجية طوال حياتهم (فتحي عبد الرحيم ١٩٩. : ٦٩-٧٦). الرابطة الأمريكية للتخلف العقلي(AAMR)، (1992) (Shepard , 1994)، (Schalock et al, 1994)، حامد زهران (١٩٩٧ : ٤.٤-٤.٧)، زينب شقير (١٩٩٩ : ١١-١١٢). عبد المطلب القريطى (٢..١ : ٢٣٨ – ٢٤١).

(٣) الإعاقة البصرية:

يشير مصطلح الإعاقة البصرية إلى درجات متفاوتة من الفقدان البصري، تتراوح بين حالات العمى الكلى وحالات الإبصار الجزئي، التى تتفاوت فى قدرة صاحبها على التمييز البصرى للأشياء.

ولقد صنف فتحي عبد الرحيم (١٩٩٠ : ٢٦٤-٢٦٥) الإعاقة البصرية تربوياً كما يلى :

١-فقد بصر تام (وراثي أو مكتسب قبل سن الخامسة).

٢-فقد بصر تام (مكتسب بعد سن الخامسة).

٣-فقد بصر جزئي (وراثي). ٤-فقد بصر جزئي (مكتسب).

٥-ضعف بصر (وراثي). ٦-ضعف بصر (مكتسب).

وأشار إلى أن الفئات الأربع الأولى تدخل ضمن تعريف الكفيف، بينما الفئتين الخامسة والسادسة تدخل ضمن ضعيف البصر.

وأضاف عبد المطلب القريطى (٢٠٠١ : ٣٧٠) العميان وظيفياً بأنهم الأشخاص الذين لديهم بقايا بصرية يمكنهم الاستفادة منها فى مهارات التوجه والحركة ولكنها لا تفي بمتطلبات تعليمهم.

وفى ضوء ما سبق تصنف الإعاقة البصرية على النحو التالي:

أ-الكفيف:

هو الفرد الذى فقد حاسة البصر كلياً، ويعيش فى ظلمة تامة ولا يرى شيئاً، ويحتاج إلى أساليب تعليمية لا تعتمد على استخدام البصر، ولهذا يستخدم طريقة برايل فى القراءة والكتابة، وتيلر فى الحساب.

ب-ضعيف البصر:

هو الفرد الذى لديه نقص جزئي فى قوة الإبصار تمنعه من متابعة الدراسة العادية، ولكن باستخدام المعينات البصرية يمكنه التعلم (عبد العزيز الشخص، ١٩٩٢ : ١٥٠-١٥١)، (The Council for Exceptional Children (1992)، وزارة التربية والتعليم (١٩٩٧ : ٥-٦)، (Knoblauch and Sorenson. 1998)، عبد المطلب القريطى (٢٠٠١ –٣٦٨ – ٣٧٠).

(٤) الإعاقة السمعية:

يشير مصطلح الإعاقة السمعية إلى القصور فى السمع بصفة دائمة أو غير مستقرة، ويتفاوت الفقد السمعي إلى فقد سمعي ضعيف (بسيط)، وفقد سمعي متوسط، ثم فقد سمعي حاد، ويؤثر هذا الفقد عموماً على الأداء الوظيفي العقلي للفرد (Knablauch and Sorenson, 1998).

وفى ضوء هذا التعريف تصنف الإعاقة السمعية كما يلى :

أ-الأصم:

هو الفرد الذى فقد السمع لأسباب وراثية فطرية، أو مكتسبة سواء منذ الولادة أو بعدها، ولا يستطيع النطق أو تعلم اللغة عن طريق المحاكاة، ويحتاج إلى أساليب تعليمية (لغة الإشارة).

ب-ضعيف السمع:

هو الفرد الذى يعانى من قصور فى حاسة السمع تؤثر على تطور نموه وأدائه التعليمي وتشكل صعوبة، ولكنه لا يعوق فاعليتها من الناحية الوظيفية فى اكتساب المعلومات اللغوية باستخدام المعينات السمعية (عبد العزيز الشخص، ١٩٨٥ : ٣٦٣)، (فتحي عبد الرحيم، ١٩٩٠ : ٢١٣-٢١٤). (وزارة التربية والتعليم، ١٩٩٧، ٦). (عبد المطلب القريطى، ٢٠٠١ : ٣١٦-٣١٨)

(٥) الإعاقـــة الجسمية والصحية:

يشير مصطلح الإعاقة البدنية والصحية إلى الأفراد الذين يعانون من مشكلات صحية تؤثر على الأداء الوظيفي، وتعتبر حالات دائمة، ويستطيعون مواصلة العملية التعليمية بمساعدات طبية ورعاية صحية خاصة، مع حذف بعض المواد والأنشطة الدراسية التى لا تتفق وظروف أعاقاتهم.

تصنيف الإعاقة جسمياً والصحية:

يمثل المعاقون جسمياً وصحياً مجموعة من الفئات المختلفة وغير المتجانسة، ومتفاوتة من حيث نوع ودرجة الإعاقة، ابتداء من أشد مستويات الإعاقة كحالات الشلل إلى حالات أمراض الحساسية، وقد تكون ناتجة عن خلل خلقي أو فطرى يصيب الفرد قبل الولادة، أو أنها قد تكون مكتسبة ناتجة عن الإصابة بالحوادث أو الأمراض فى أية مرحلة عمرية بعد الميلاد *(عبد الرحمن سليمان، ١٩٩٧ : ٢٣).*

ومما يلى تصنيف الإعاقة الجسمية والصحية

أ-الإعاقة الحركية:

اتفق العلماء على تعريف المعوق حركياً بأنه الفرد الذى تعوق حركته أو نشاطه الحيوي فقدان أو خلل أو عاهة أو مرض أصاب عضلاته أو مفاصله أو عظامه بطريقة تحد من وظيفتها العادية، وبالتالي تؤثر على تعلمه واعالته لنفسه وأمثلة ذلك المصابون بشلل الأطفال أو عجز فى الأطراف، أو سل العظام.

ب-الأمراض المزمنة:

وتشمل هذه الأمراض ما يلى:

١-روماتيزم القلب. ٢-مرض السكر. ٣-الربو والحساسية.

(فتحي عبد الرحيم، ١٩٩. : ٣٨٦)، (Jamieson and Peterson, 1995)، (وزارة التربية والتعليم، ١٩٩٧: ٧)، (زينب شقير، ١٩٩٩ : ٥.).

(٦) صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية:

أشارت رابطة صعوبات التعلم الأمريكية Learning Disabilities Association of America(2...)[*] أن صعوبات التعلم مصطلح عام يشير إلى مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات النفسية الداخلية عند الأفراد ذوى الذكاء المتوسط أو فوق المتوسط، والتي يظهر أثرها فى انخفاض مستوى تحصيلهم فى المجالات الأكاديمية، مع العلم بأن هؤلاء الأفراد لا يعانون من مشكلات حسية أو بدنية أو عقلية أو اضطراب انفعالي، أو حرمان بيئي أو ثقافي، ويعتبر هذا المصطلح محاولة للتمييز بين المتخلفين عقلياً والمتأخرين دراسياً.

تصنيف صعوبات التعلم:

يصنف عبد الوهاب كامل (١٩٩٤: ١٤١-١٤٣) صعوبات التعلم إلى ما يلى :

١-صعوبات تعلم نتيجة إعاقة أولية:

وهي ذات أساس نيورولوجى ومنها عسر القراءة، العسر الحسابي، العسر الكتابي، اضطرابات نقص الانتباه.

---

[*]Http://www.idanatl.org.

٢-صعوبات تعلم نتيجة إعاقة ثانوية:

وهى اضطرابات عصبية مخية، وتظهر معوقات من الدرجة الثانية مثل تشتت الانتباه، نقص الدافعية ومشكلات التوافق الشخصي والاجتماعي، وهى تعتبر نتيجة مباشرة لشروط الإعاقة الأولية.

ولكن أكثر التصنيفات شيوعاً لدى الباحثين ما أورده بيورك وسيجنو (Burke and Cigno, 2..., 2-5) فيما يلى:

أ-صعوبات التعلم النمائية:

يشير هذا المصطلح إلى الاضطراب فى الانتباه والإدراك والذاكرة والتفكير واللغة، وتلك الاضطرابات هى التى تؤدى إلى صعوبات تعوق التقدم الأكاديمي.

ب-صعوبات التعلم الأكاديمية:

يشير هذا المصطلح إلى الاضطراب الواضح فى تعلم القراءة أو الكتابة أو التهجي أو الحساب، ويرى كل من كيرك وكالفنت (١٩٨٨ : ٢١) أن هذين النوعين من الصعوبات غير مستقلين تماماً، بل هناك علاقة قوية بينهما، فالطفل الذى يعانى من صعوبات التعلم النمائية لابد أن يؤدى به ذلك إلى صعوبات التعلم الأكاديمية.

(٧) الاضطرابات الانفعالية والسلوكية:

يشير هذا المصطلح إلى أن الفرد ذا الاضطرابات الانفعالية والمشكلات السلوكية هو الذى يسلك سلوكاً منحرفاً داخل حجرة الدراسة بصورة متكررة وواضحة بحيث تتوافر الشروط التالية :

١-يبدى أنماطاً من المشاعر والسلوك غير المناسب حتى فى الظروف الاجتماعية العادية.

٢-عدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع أقرانه أو مدرسيه.

٣-يستحوذ عليه حالة عامة من مشاعر اليأس والإحباط.

٤-يتطلب تربية خاصة من مدرسيه من أجل التوجيه والإرشاد.

(The Council for Exceptional children. (CEC) (1993).

تصنيف الاضطرابات الانفعالية والسلوكية:

لقد حدد كل من هيبلر Hepler (1998)، كيرشاو وسنوجا (kershaw and Sonuga 1999) وكوفمان وونج Kauffman and wong (1999) الاضطرابات الانفعالية والسلوكية فيما يلى :

١-اضطراب الاتصال بالآخرين. ٢-اضطراب النشاط الزائد.

٣-اضطراب الانتباه. ٤-اضطراب الانسحاب.

(٨) التوحد الطفولي:

التوحد Autism مرض غريب وأغرب ما فيه أنه يحدث تحت ملامح هادئة، ويظهر أحياناً أخرى عبر صراخ وضجيج وكلمات غير مفهومة وحركات بهلوانية، كما أنه غريب لأنه

يصيب الذكور أكثر من الإناث، ولأنه لا يحدث إلا فى الطفولة المبكرة (Autism Society of America (1999) .

ولقد أضيف التوحد كفئة منفصلة لذوى الاحتياجات الخاصة عام (١٩٩٠) فى القانون رقم (١٠١-٤٧٦)، (Knablauch and Sorenson, 1998)

وتحدد الجمعية الأمريكية للتوحد (1999) Autism Society of America مجالات خمسة لأوجه القصور التى يعانى منها الأطفال التوحديون تتمثل فى المجالات التالية: التواصل، والعلاقات الاجتماعية، واللعب، والعمليات الحسية والإدراكية، والسلوك النمطي والمتكرر.

وقد حدد عبد الرحيم بخيت (١٩٩٩ : ٢٣٢) المحاكات التشخيصية ذات الأعراض الكاملة للتوحد فيما يلى :

١-بدء المرض قبل سن ٣٠ شهراً. ٢-عدم القدرة على الاستجابة للآخرين.
٣-اضطراب شديد فى النمو اللغوي.
٤-أنماط كلام غريبة مثل تقليد الكلام أو قلب الضمائر.
٥-مقاومة التغيير، والاهتمام الغريب بموضوعات تافهة.

الاتجاهات الحديثة فى بحوث إرشاد ذوى الاحتياجات الخاصة بصفة عامة

إن الإرشاد النفسي لذوى الاحتياجات الخاصة يقوم على برامج مخططة ومنظمة تقوم على أسس علمية ويعمل على تقديم الخدمات الإرشادية للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى المنزل أو المدرسة لمساعدتهم على التوافق الشخصي والاجتماعي وتحقيق النمو السليم لهم، ويجب أن تقدم هذه الخدمات فى إطار من الفهم العام والتخصص لهذا المجال، ويجب تأكيد جوانب القوة أكثر من جوانب الضعف، وبالتالي هناك برامج إرشادية عامة لكل الفئات الخاصة وفقاً لمجالات الإرشاد المختلفة كما يلى:

أولاً: الإرشاد العلاجي:

يهدف هذا النوع من الإرشاد إلى اكتشاف وفهم ذوى الاحتياجات الخاصة، والعمل على التدخل المبكر للتغلب على المشكلة أو التقليل من آثارها السلبية، لتحقيق أفضل توافق ممكن بين الطفل وأسرته وبيئته، ومن بين الدراسات فى هذا المجال ما يلى :

فقد قام كل من عبد المطلب القريطى (١٩٨٦)، وإيمان كاشف (١٩٩٩) ببحث الدور العلاجي للنشاط غير الأكاديمي فى برامج المعوقين، ويقصد بمجالات النشاط غير الأكاديمي ما يلى : الأنشطة الفنية، التربية الحركية والرياضية، والموسيقى، والأنشطة الثقافية، وكان يتم ذلك خلال الفسحة وحصص الأنشطة باستدعاء الأطفال العاديين إلى فصل الأطفال المعاقين، وتوصلت الدراستين إلى أن هذه الأنشطة ساعدت المعوقين على اكتشاف حدود أوسع لإمكاناتهم ولتحقيق ذواتهم، واكتساب المزيد من الخبرات والمهارات وكذلك تصريف النشاط الزائد من خلال التربية الحركية والرياضية، وتحسين الوعى بالعلاقات الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين.

واقترحت سميرة نجدى (١٩٩٠) برنامجاً لتنمية حواس الطفل المعوق فى مرحلة ما قبل المدرسة، وذلك على الأطفال المعاقين من عمر ٣-٦ سنوات، ويهدف البرنامج إلى تربية حواس الطفل المعوق من خلال مربية تعمل على تربية حواس الإبصار والسمع واللمس والتذوق والشم، وفقاً لنوع ودرجة الإعاقة والحواس المتبقية لدى الطفل المعوق، كى يستطيع إدراك ما حوله فى البيئة، ولإتاحة فرص أفضل للتعلم من خلال الخبرات المباشرة فى زيادة

حدائق الحيوانات، المتاحف، المصانع، الحقول الزراعية، وكذلك من خلال الخبرات غير المباشرة والتى تتمثل فى الأفلام المتحركة، التسجيلات الصوتية، الصور.

واستخدم كل من كويس وكلاوسون Cause and Clawson (.2..) فنية اللعب الاجتماعي مع أطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى مرحلة ما قبل المدرسة، وذلك من خلال نماذج من الأقران العاديين، وذلك على عينة بلغت ٢٦ طفلاً من ذوى الاحتياجات الخاصة، ١٥٦ طفلاً من العاديين، وتم ملاحظة كل طفل من ذوى الاحتياجات خلال أربع زيارات لمدة خمس دقائق أثناء اللعب (المنفرد، الاجتماعي البسيط، التبادلي، التعاوني).

وأوضحت النتائج أن التفاعل أثناء اللعب الاجتماعي بين الأطفال العاديين والأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة حوالى ٤٦% من الوقت، بينما كان التفاعل فى اللعب الاجتماعي بين الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فقط ٢.% من الوقت، وأوضحت النتائج أيضاً تزايد اللعب الاجتماعي البسيط والتبادلي بين الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، بعد أن كان قبل البرنامج العلاجي يتركز على العزلة التامة واللعب المنفرد.

وقدم مركز الأطفال غير العاديين فى أمريكا The Council for Expectional Children. (2..2) خطة إرشادية شاملة لتحسين التدخل المبكر للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة من عمر الرضاعة حتى ٣ سنوات وتتلخص الخطة الإرشادية فيما يلى:

الطريقة: تتلخص الطريقة فيما يلى:

أ-خدمات التدخل المبكر سوف تكون بدلاً من طريقة العزل.

ب-تقدم الخدمات على الأقل ٥ ساعات، وعلى الأكثر ١..٥. ساعة يومياً خلال فترة سنة.

جـ-تضمين الأسر فى الخطة العلاجية.

د-تتحمل الأسر تكلفة المشروع المالية.

*تنفيذ الخطة العلاجية:

يقوم بتنفيذ هذه الخطة – أساتذة متخصصون فى التربية الخاصة (أطباء ، أخصائي علاج نفسى، مدرسو تربية خاصة).

*عـدد المشاركين:

بلغ عدد المشاركين ٧. طفلاً من ذوى الاحتياجات الخاصة من عمر سنة حتى ٣ سنوات.

*إجراءات الخطة العلاجية:

تتلخص الإجراءات فى الخطوات التالية:

أ-تحديد نوع الإعاقة ودرجتها منذ الشهور الأولى من الميلاد.

ب-تقديم الخدمة العلاجية الطبية من خلال تدخل الأطباء.

جـ-تقديم خدمات الإرشاد النفسي للأطفال وللأسر لتقبل الإعاقة وتحديد كيفية التعامل معها من خلال المعالج النفسي.

د-تدريب الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة على استخدام الحواس المتبقية لهم وذلك فى التعلم أو التدريب عليها من خلال مدرسي التربية الخاصة.

هـ-إدماج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم العاديين لفترات محددة يومياً وخاصة عند ٣ سنوات.

النتـائج:

من خلال الأدوات الاحصائية المتقدمة أمكن التأكد من فاعلية الخطة العلاجية الشاملة لتحسين التدخل المبكر للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ويوصى المركز بتعميم النتائج والمشروع على أعمار أخرى متعددة لهؤلاء الأطفال.

ثانياً: الإرشاد التربوى

يهدف هذا النوع من الإرشاد إلى تقديم الخطط التربوية التى تتلاءم مع فئات ذوى الاحتياجات الخاصة من تعليم وتدريب وتأهيل تربوي، ومن بين الدراسات فى هذا المجال ما يلى:

دراسة كوين وآخرون Quinn, et.al. (1999) عن برامج التربية البديلة Alternative education programs والتي تهدف إلى تقديم منهج تعليمي مرن يركز على الجوانب الاجتماعية والسلوكية والانفعالية والمعرفية والاحتياجات المهنية للطلاب ذوى الاحتياجات الخاصة، وذلك داخل المدرسة العادية، ويتلخص برنامج التربية البديلة فى العناصر التالية :

١-التقييــم:

يعنى تقييم احتياجات الطلاب الخاصة وعلاقتها بالتعلم، وتقديم برامج فردية، بعد تحديد المهارات الأكاديمية والاجتماعية لهؤلاء الطلاب.

٢-التدريب:

يعنى التركيز على تطوير المهارات المرتبطة بالحياة اليومية، وذلك بإتاحة وقت مخصص للتدريب المهني فى المجتمع.

٣-التعليم الكفء والفعال:

يشمل ذلك تقديم استراتيجيات التدخل لتعديل السلوك. بحيث يتم تعزيز السلوك الإيجابي، وتقليل السلوك السلبي.

٤-الانتقال:

يتم انتقال الطلاب من خلال المتابعة المستمرة، وتقييم السلوك الوظيفي، والمعلومات المتعلقة بقوة هؤلاء الطلاب، ويقوم بذلك مجموعة من الأساتذة المتخصصين فى المدارس العادية والمدارس الخاصة.

٥-نظم المدرسة الشاملة:

تعنى تقديم خدمات التأهيل التربوى والمهني للطلاب ذوى الاحتياجات الخاصة داخل المدرسة أو من خلال مؤسسات الخدمة الاجتماعية.

٦-المناخ المساند:

تزداد فاعلية هذه البرامج عندما يتقبل المجتمع الفكرة ويوفر البيئة الآمنة والتي يتوافر فيها الاحترام وتقبل وجهة نظر المدرسين لتعليم مهارات جديدة تساعد على التأهيل التربوى لهؤلاء الطلاب.

وقد قدم وارجر Warger (2..1) خمس استراتيجيات لاستخدام الواجب المنزلي لتعليم الطلاب ذوى الاحتياجات الخاصة، والاستراتيجيات هى :

الاستراتيجية الأولى: تحديد الواجبات المنزلية لكل فئة:

تهدف هذه الاستراتيجية إلى إعطاء واجبات مناسبة لكل فئة من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة من خلال ما يلى:

- إعطاء أمثلة وكتابة التعليمات على السبورة لتوضيح كيفية عمل الواجب المنزلي.
- يقوم الطلاب بحل بعض الواجبات المنزلية فى الفصل الدراسى، حتى يتاح للأساتذة تقديم المساعدات الضرورية لهم.
- السماح للطلاب بالتعاون معاً لحل الواجب المنزلي.
- إعطاء الواجب المنزلي بصورة مبسطة، وفى وحدات صغيرة، حتى يستطيع الطلاب القيام بها دون حمل زائد.

الاستراتيجية الثانية:

تهدف هذه الاستراتيجية إلى تحديد الممارسات التى تساعد الطلاب وتزيد من دافعيتهم للفهم والتعلم من خلال ما يلى :

- زيادة الدافعية للفهم والتعلم:
- تقديم المساعدة أولاً بأول للطلاب.
- السماح للطلاب بتقديم إجابات بديلة (أكثر من إجابة للأسئلة).
- تسجيل الإجابة على جهاز تسجيل بدلاً من كتابتها على حسب ظروف الإعاقة.
- وضع طالب مجتهد من الطلاب العاديين مع مجموعة ذوى الاحتياجات الخاصة.

الاستراتيجية الثالثة:

تهدف هذه الاستراتيجية إلى تعليم الطلاب مهارات الدراسة مثل مهارات التنظيم وتحسين الخط، وذلك من خلال ما يلى:

- تعلم مهارات الدراسة
- تحديد الوقت المناسب لتكملة الأنشطة المطلوبة للواجب المنزلي.
- تشجيع الطلاب على طلب المساعدة عند الحاجة.
- محاولة الانتهاء من حل الواجب خلال الوقت المحدد له قدر الإمكان.

الاستراتيجية الرابعة:

تهدف هذه الاستراتيجية إلى تقديم مساعدات إضافية للطلاب مثل الأجندة أو الجداول أو القوائم وذلك للاستفادة منها فيما يلى:

*استخدام أجندة الواجب المنزلي

*وضع علامة خضراء فى الأجندة عند الانتهاء من أداء الواجب المنزلي.

*وضع علامة حمراء إذا لم يكتمل أداء الواجب.

*وضع علامة صفراء إذا كان الواجب المنزلي متأخر من أيام سابقة.

الاستراتيجية الخامسة:

تهدف هذه الاستراتيجية إلى تحسين التواصل بين الأساتذة والوالدين من خلال ما يلى:

*التواصل بين المدرسة والمنزل

*إمداد الوالدين بقائمة من المقترحات عن كيفية مساعدة أبنائهم فى حل الواجب.

*إمداد الوالدين بالتقارير الخاصة بأبنائهم للتعرف على مدى التقدم فى الدراسة وعن *الملاحظات على الأبناء ودور الوالدين فى المساعدة.

وهناك دراسة أخرى قام بها وارجر **Warger** (2..2) بهدف تقديم برنامج إرشادى لمساعدة الطلاب ذوى الاحتياجات الخاصة فى تحسين الكتابة، حيث اتضح أن كثير من هؤلاء الطلاب لديهم أخطاء شائعة فى الكتابة أكثر من أقرانهم العاديين من حيث الترتيب، الترابط، ويرجع ذلك إلى ما يلى :

*لديهم معرفة أقل من أقرانهم العاديين عن خصائص الكتابة الجيدة.

*قلة التخطيط للكتابة فى البداية.

*وجود مشاكل فى عمليات النسخ (مسك القلم، التهجي، علامات الوقف).

ولمساعدة هؤلاء الطلاب قدم الباحث فنيات إرشادية لتحسين الكتابة ويطبقها مدرس الفصل كما يلى:

*إعداد الطلاب للمشاركة فى تقييم الكتابة.

*استخدام التكنولوجيا المساعدة فى التعلم والاختبار.

*تدريب الطلاب على الأساسيات اللازمة للكتابة أثناء التعلم مثل ذلك (مسك القلم- علامات الوقف- بداية الكتابة).

*تعليم الطلاب خطوات عملية الكتابة وخصائص وتقليد كتابة المقال.

*استخدام التغذية المرتدة بواسطة المعلومات الدقيقة.

*التدريب على تصويب الأخطاء أولاً بأول.

ثالثـــــاً: الإرشاد المهني

يهدف الإرشاد المهني إلى التدريب والتأهيل المهني والتشغيل وفقاً لاستعدادات وقدرات وظروف كل إعاقة من ذوى الاحتياجات الخاصة، وذلك بغرض تدعيم الثقة فى النفس لديهم، وتحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق المهني لديهم، ومن بين الدراسات فى هذا المجال ما يلى:

دراسة هيرنج Herring (1998) والتي تهدف إلى تقديم الإرشاد المهني لتشجيع ذوى الاحتياجات الخاصة من أعمار مختلفة ومستويات دراسية متعددة، ومن خلال تنوع أساليب التعلم، ووضع الباحث خطوات الإرشاد المهني فى الآتي:

١-تقديم الاختيار المهني الذى يتناسب مع كل فئة من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة.

٢-برنامج للنمو المهني من المدرسة الابتدائية للوعى بالمهن المختلفة التى تتناسب مع ظروف كل إعاقة، ويتدرج حتى المدرسة الثانوية مروراً بالمدرسة المتوسطة.

٣-تطبيقات مهنية للطلاب تتناسب مع الجنس والنمو المهني.

٤-تقديم خدمات خاصة عن المهن المختلفة.

٥-تطبيقات فعلية فى ورش بعض مدارس التربية الخاصة أو المدارس العادية التى يتاح فيها نظام الورش وذلك بغرض إعداد الطلاب للحياة المهنية.

رابعاً: الإرشاد الأسرى

يمثل الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة مشكلة خاصة لأسرهم بدءاً بالوالدين وحتى كل أفراد الأسرة المباشرة لهم، وإن الإرشاد الأسرى يهتم بكيفية تعامل الأسرة، وعلى الأخص الولدين فى إدراك ظروف واحتياجات أبنائهم الخاصة، وكذلك التعامل معهم خلال مراحل العمر المختلفة، بما يحقق لهؤلاء الأبناء أقصى إمكانات النمو العادي ومن بين الدراسات التى اهتمت بهذا المجال ما يلى:

فقد قدم جمال الخطيب وآخرون (١٩٩٢ : ٢٢٨ – ٢٣٧) استراتيجيات إرشاد أسر الأطفال حديثي الولادة ذوى الاحتياجات الخاصة فيما يلى :

١-تكوين علاقة قائمة على الثقة:

يبدأ الإرشاد الفعال ببناء علاقة قائمة على الثقة ببين المرشد والوالدين، وذلك من خلال التعزيز الإيجابي لسلوك الوالدين الذى من شأنه زيادة مستوى التقدير الذاتي لديهم.

٢-ملاحظة وتقييم وتحليل التفاعلات الأسرية:

أن التفاعل بين الأم والطفل ذي الاحتياجات الخاصة، وكذلك التفاعل بين الأب والطفل لها أهمية لحدوث التكيف الكلى، ويظهر ذلك من خلال لمس الطفل، تكرار الكلام معه، الاستجابة لنشاط الطفل، والمساهمة فى رعاية الطفل عندما يكون ذلك مناسباً، ولا داعى للتنافس بينهما على محبة الطفل والاهتمام به، وهنا يبرز دور المرشد النفسي فى تقييم مستوى التكيف الذى تحقق، وفى معظم الحالات، فإن والدى الطفل ذي الاحتياجات الخاصة يكونان بحاجة إلى المساعدة للتكيف.

٣-إعادة تنظيم حياة الأسرة:

يقدم المرشد بعض الطرق التى تخفف من حدة الهموم لدى الوالدين من خلال توضيح أساليب العناية الأساسية لكلا الوالدين من خلال مراجعة مؤشرات النمو والنضج والتفاوت بين الأبناء، ويجب على الوالدين استشارة المرشد عن أية خدمات علاجية أو تربوية خاصة قد يحتاج إليها الطفل مستقبلاً، وهنا يستطيع المرشد النفسي تقديم بعض البرامج الخاصة بإثارة الطفل إذا كان ذلك ضرورياً، وتؤكد هذه الاستراتيجية على دعم وتعزيز متواصلين من المرشد للوالدين من خلال تزويدهم بعناية شاملة متكاملة.

٤-فريق تنفيذ الاستراتيجيات الإرشادية:

يجب أن يشترك فى التدخل المبكر لإرشاد أسر الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فريق متعدد التخصصات يضم كلاً من: الطبيب، الأخصائي الاجتماعي، أخصائي الإرشاد الأسرى، أخصائي الإرشاد التأهيلي، أخصائي التغذية، أخصائي العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي.

وفى دراسة سميث **Smith (2..1)** عن تضمين الوالدين فى عملية برامج التربية الفردية لذوى الاحتياجات الخاصة، وذلك لأن تضمين الوالدين فى إرشاد أبنائهم له فوائد متعددة منها :

زيادة فهم المدرسين لبيئة الطفل من خلال الوالدين.

إضافة لمعلومات الوالدين عن الاحتياجات التربوية الخاصة لأطفالهم.

تحسين التواصل بين الوالدين والمدرسة.

مساعدة الوالدين فى التقليل من عقدة النقص ومشاعر الذنب.

وأكد الباحث أن عملية تضمين الوالدين فى برامج التربية الفردية لذوى الاحتياجات الخاصة تتم من خلال عمل مقابلات أسبوعية بين الوالدين والأساتذة المتخصصين والمرشد النفسيين والأطباء داخل المدرسة وتشرف على هذه الاجتماعات إدارة المدرسة ويتم ذلك على النحو التالي:

١-الترحيب بالحاضرين مع تقديم كل فرد فى الاجتماع عن دوره وتخصصه.

٢-توضيح الهدف من هذا الاجتماع.

٣-التأكيد على أهمية تضمين الوالدين لمساعدة أطفالهم.

٤-يتم عرض جدول الأعمال الذى يتضمن دور كل عضو فى الاجتماع وإتاحة الفرصة للمناقشة وتبادل المعلومات عن الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة بين الوالدين وأعضاء الفريق من المدرسة.

٥-إعطاء الوالدين ملخصاً مطبوعاً يتضمن قدرات واحتياجات أطفالهم مع تشخيص حالاتهم.

٦-مناقشة الوالدين فى هذا الملخص وإعطائهم الفرصة للأسئلة والتعبير عن وجهات نظرهم عن قدرات واحتياجات طفلهم وخاصة فى المنزل.

٧-تقييم الخدمات المرتبطة بكل فئة من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة.

التوجه الإرشادى فى استراتيجيات دمج ذوى الاحتياجات الخاصة:

لقد شهدت التربية الخاصة تغييرات جذرية ذات معنى تعكس تأثير قوى التغيير المختلفة فى القرن العشرين، حيث كان التوجه نحو التربية الخاصة قائماً على الاعتقاد بعدم ملاءمة المدارس العادية للأطفال غير العاديين، أما التربية فى وقتنا الحاضر فهي تربية تقوم على الوصل لا الفصل بين مجتمع العاديين وغير العاديين، وهى بالأحرى تربية تنشد توفير مكان للمعوق سواء فى المدرسة أو المجتمع سعياً إلى دمج المعوقين داخل إطار المجتمع (طلعت منصور، ١٩٩٤ : ٥٩-٦٠).

وقد استخدم بعض الباحثين مصطلح التكامل Integration، حيث يشير هذا المصطلح إلى ضرورة تعليم ذوى الاحتياجات الخاصة وتدريبهم ورعايتهم مع أقرانهم العاديين وهو يتضمن عملية تكيف الجوانب الاجتماعية والجسمية والمهنية لهؤلاء الأفراد مع المجتمع، مع مراعاة الحاجات الخاصة بكل فرد واختيار ما يناسبه من الظروف البيئية (Deresh. 1996).

ويعد مصطلح الدمج Mainstreaming نتاجاً للقانون الأمريكي رقم (٩٤-١٤٢) لسنة ١٩٧٥م، وهو يعبر عن عملية تعليم المعوقين وتدريبهم وتشغيلهم مع أقرانهم العاديين.

وعرض عبد العزيز الشخص (١٩٨٧) مفهوم الدمج وتطوره، وأساليبه والفئات التى يستخدم معها، ثم عرض عدداً من الدراسات التى تابعت أثر الدمج على مستوى التلاميذ تحصيلياً وشخصياً واجتماعياً، معظمها من ميدان التخلف العقلي، وتوصلت المراجعة إلى دلالة عملية الإدماج فى تحقيق كثير من الأهداف التعليمية والتربوية فى التربية الخاصة، كما أشار الشخص إلى العديد من المشكلات والصعوبات التى تتصل بهذه العملية، ويؤكد على ضرورة الإعداد الجيد لعملية الدمج، وتهيئة المدرسة، وتدريب المعلمين والأخصائيين ليقوموا بواجباتهم خير قيام، مع تطوير المناهج وظيفياً حتى تناسب مرحلة الدمج.

وقد قام كل من إيمان كاشف، عبد الصبور محمد (١٩٩٨) بدراسة تقويمية لتجربة دمج الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين بالمدارس العادية فى محافظة الشرقية، وتم تنفيذ هذا الدراسة فى مدارس المرحلة الأولى من التعليم الأساسي، وتضمنت التجربة دمج الأطفال ذوى الإعاقة العقلية والإعاقة السمعية فى مدارس العاديين بالمحافظة وتوصلت الدراسة إلى ما يلى:

١-رفض الأطفال العاديين مساعدة الطفل المعاق فى شرح بعض الدروس أو حتى الاشتراك معهم فى حصص الأنشطة المدرسية (الألعاب – الرسم).

٢-رفض الأطفال العاديين فكرة وجود أطفال معاقين معهم بالمدرسة.

٣-وجود اتجاه سلبى نحو المعاقين، ويظهر ذلك فى تأييدهم لفكرة عزل المعاق وإبعاده فى مدارس خاصة به.

ويوصى الباحثان أنه على الرغم من عدم الفهم الجيد لتجربة الدمج، إلا أنه يظل الأمل فى المستقبل.

فى حين قام كل من محمد العجمي، محمد مجاهد (٢..٢) بدراسة متطلبات تفعيل استراتيجية دمج المعوقين مع أقرانهم العاديين بمدارس الحلقة الأولى من التعليم الأساسي بمحافظة الدقهلية، وذلك على عينة من التلاميذ العاديين وأولياء أمورهم، وعينة من التلاميذ المعوقين وأولياء أمورهم، وأكدت الدراسة على وجود تباين فى وجهات نظر أولياء أمور التلاميذ نحو تجربة دمج أبنائهم العاديين مع أقرانهم المعوقين، كما أكد أولياء أمور التلاميذ المعوقين على أن دمج أبنائهم مع أقرانهم العاديين له إيجابيات تفوق كثيراً السلبيات المحدودة.

وأوصى الباحثان بأن تجربة الدمج تحتاج إلى ما يلى :

١-توافر معلم مؤهل أكاديمياً ومهنياً للتعامل مع المعوقين والعاديين فى مدرسة واحدة.

٢-تطبيق عملية الدمج فى سن مبكرة مثل الحضانة أو رياض الأطفال.

٣-وضع التلاميذ ذوى الاحتياجات الخاطئة البسيطة فى عملية الدمج، بينما الحالات الشديدة فتوضع فى مدارس التربية الخاصة.

ونتيجة التعديل الذى أدخل على القانون رقم (١٤٢) لسنة (١٩٩٤)[*] والخاص بالأفراد ذوى الاحتياجات الخاصة (IDEA) بدأ تطبيق فكرة التضمين Inclusion والذى يشير إلى تضمين الطلاب ذوى الاحتياجات الخاصة فى فصول الطلاب العاديين بدلاً من دمجهم فى فصول خاصة داخل المدرسة العادية.

وقد أوصى هينس Hines (2..1) بأن فصول التضمين لا تتضمن أكثر من ٢٨ طالباً وأن الطلاب ذوى الاحتياجات الخاصة لا تكون أكثر من ٢٥% من مجموعة طلاب الفصل وخاصة فى المدارس المتوسطة والثانوية، وقد استنتج هينس من دراسته التى استمرت ثلاث سنوات أن التضمين أدى إلى تحسن فى المهارات الاجتماعية وكذلك تحسن فى الأداء الأكاديمي، وانتقلت هذه النتائج إلى الحياة العامة لهؤلاء الطلاب ذوى الاحتياجات الخاصة.

وبحث فريق بحثى يرأسه نجيب خزام (٢..٢) عن مشروع تقويم ومراجعيه حول دمج ذوى الاحتياجات الخاصة فى فصول المدارس العادية، وأشرف على هذا المشروع، وزارة التربية والتعليم بمصر، فكتب اليونسكو بالقاهرة، وهيئة غوث الأطفال ببريطانيا، ومركز سيتى – كارتياس بمصر، وتنال المشروع مفهوم التضمين والذى يعنى دمج الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى فصول العاديين .

هـــدف المشـــروع:

يهدف المشروع إلى ما يلى:

*التعرف على مدى جدوى تضمين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة فى الفصول العادية من الحضانة إلى المرحلة الابتدائية.

*تحسين العملية التعليمية من خلال تقديم نموذج جديد وهو التضمين حتى يستفاد منه.

*تغيير اتجاهات المجتمع نحو حق تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة جنباً إلى جنب مع أقرانهم.

*تسهل مشاركة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة فى المجتمع، وكذلك تقبل المجتمع للفروق الفردية بين هؤلاء الأطفال.

الفئات التى شملها المشروع :

*طبق المشروع على الفئات التالية :

*أطفال ذوى احتياجات خاصة وأولياء أمورهم.

*معلمين بالفصول التى يتم فيها التضمين.

*إدارة المدرسة.

مجتمع المشروع :

طبق المشروع على أربع مدارس فى كل من المحافظات التالية : القاهرة، والإسكندرية، والمنيا.

الطرق المستخدمة :

استخدمت الطرق التالية :

المقابلات، والملاحظة، وتحليل الوثائق المرتبطة بالمشروع، الاجتماعات الفردية والجماعية، تطبيق استبانات للتعرف على آراء الفئات التى تضمنها المشروع.

---

[*]http://www. ed.gov/ offices/

مدة المشروع:

بدأ المشروع من عام ١٩٩٨ وحتى عام ٢..١م.

نتائج المشروع:

أظهرت المراجعة والتقويم لهذا المشروع عن النتائج والخاصة بالتلاميذ وأولياء الأمور فقط ما يلى:

أولاً: بالنسبة لتقدم التلاميذ

***تقدم ملحوظ فى المهارات الاجتماعية للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة (زيادة استقلالية، وزيادة الثقة بالنفس، وأمامه علاقات اجتماعية).**

***انخفاض ملحوظ من المشكلات السلوكية للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة.**

***تقدم ملحوظ فى المهارات الأكاديمية للأطفال العاديين وكذلك الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة نتيجة تنوع أساليب التدريس فى الفصل.**

ثانياً : بالنسبة لاتجاهات أولياء الأمور:

توصلت النتائج إلى ما يلى:

***اهتمام متزايد من غالبية أمور الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة من حيث نظافة وصحة أطفالهم وانتظامهم فى المدرسة، ومتابعة أداء الواجبات المنزلية معهم.**

***عبر أولياء أمور الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة على ضرورة استمرار تعليم أبنائهم فى المجرى الطبيعي للتعليم فى الفصول العادية ولا يحدث عزلهم مرة أخرى بعد المرحلة الابتدائية.**

***تقدم وتحسن فى إدراك أولياء أمور الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة والأطفال العاديين لقدرات أطفالهم، وفى إحساسهم بالتزامهم الشخصي فى مساعدة الأبناء لتنمية هذه القدرات.**

الاتجاهات الحديثة فى بحوث إرشاد كل فئة من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة:
لقد أكد باين Baines (2..1) على أن فعالية وكفاءة البرامج الإرشادية المقدمة للطلاب ذوى الاحتياجات الخاصة يجب أن يراعى فيها الآتي:
١-نوع كل فئة من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة.
٢-الجنس والثقافة المناسبة.
٣-المنهج وخطة البرنامج الفردية والجماعية.
٤-تحديد الطرق التعليمية.
٥-الاحتياجات البدنية والطبية.
٦-تحسين البيئة التى يعيش فيها هؤلاء الطلاب.
٧-توافر الأساتذة المتخصصين والخدمات المعاونة.
٨-التواصل بين المدرسة والأسرة للوصول إلى تقديم أفضل مساعدة ممكنة لتلبية احتياجات هؤلاء الطلاب الخاصة.
وفيما يلى نستعرض بعض البرامج الإرشادية لكل فئة من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة.
أولاً : فئة الموهوبين والتفوق العقلي:
لقد قدم شوارتز Schwartz (1997) أدوات تستخدمها المدرسة لاكتشاف الموهوبين وهى :
***الاختبارات والمقاييس. *الملاحظة.**
***التقارير الذاتية. *البر وفيلات (مجالات الإبداع والانتاج الإبداعي)**
وقد أشار عبد العزيز الطويل (٢...) إلى عدد من الاستراتيجيات لرعاية الموهوبين فى ضوء بعض التجارب الدولية وهى كما يلى:
١-استراتيجية التجميع:
تهدف إلى تجميع الموهوبين فى مجموعات خاصة بهم داخل المدرسة أو فى مدارس خاصة بهم.
٢-استراتيجية التعجيل (الإسراع):
تهدف إلى تخطى الطفل السلم التعليمي فى صفوف دراسية أعلى من عمره.
٣-استراتيجية دعم المنهج:
تهدف إلى وضع منهج للموهوب مع أقرانه فى جزء من اليوم الدراسى، ومنهج إضافي فى جزء آخر من اليوم.
وفى نفس هذا الإطار قدم محمد الطيب وآخرون (٢...) ورقة عمل عن التدخل المبكر لاكتشاف وتنمية المواهب لدى أطفال ما قبل المدرسة، وقدم الباحثون نموذج الإثراء Enrichment الذى له فاعلية فى تشجيع الإبداع لدى الأطفال الموهوبين ويتلخص هذا النموذج فى الأنشطة التالية:
أ-الأنشطة الاستكشافية العامة:
تهدف إلى إعطاء الحرية الكاملة للطفل لاختيار الموضوعات حسب الميول الشخصية، ويحاول المعلم تشجيعه لكى يوسع اهتماماته طالما أن الطفل تستهويه ولديه ميول لذلك.
ب-أنشطة التدريب الجماعي:
تهدف إلى تقديم تدريبات تشابه تدريبات التربية البدنية، وهي تشمل سلوكيات معينة يتدرب عليها الطفل مثل العصف الذهني، والتحليل، والتقويم، والمرونة، وذلك بغرض تطور العمليات العقلية التى تعين الطفل على استيعاب وفهم المحتوى الأكاديمي بشكل أكثر فعالية.
جـ-مجموعات البحث الصغيرة والفردية:
تهدف إلى إتاحة الفرصة للطفل ليكون باحثاً فعلياً لحل مشكلة أو موضوع ما، ويستخدم فيها طرق البحث العلمي المناسبة بطريقة فردية أو مع مجموعة صغيرة من الأطفال

فى حين قدم سموتنج Smutng (2..1) برنامجاً إرشادياً لاكتشاف الطفل الموهوب يعتمد على التركيز على السلوكيات التى تحدث فى الحياة اليومية والأنشطة داخل الفصل الدراسى، وقدم قائمة لهذه السلوكيات كما يلى :

* حب الاستطلاع عن أشياء كثيرة. *لديه مفردات كثيرة.
*القدرة على التعبير عن نفسه جيداً. *حل المشكلات بطريقة فريدة.
*يبدى موهبة غير عادية فى مجالات الفن. *لديه ذاكرة جيدة.
*القدرة على التخيل وسرد القصص:

وأكد سموتنج على ضرورة إرشاد الوالدين فى رعاية وتنشئة هؤلاء الأطفال الموهوبين، حيث أشار إلى أن ٨.% من الوالدين يمكنهم تحديد موهبة أطفالهم من عمر ٤-٥ سنوات، نظراً لقضاء ساعات أكثر كل يوم مع أطفالهم، وأشار أيضاً إلى تهيئة بيئة تعلم تتوافر فيها المثيرات السمعية والبصرية ومواد الأنشطة التى يمارسها الطفل الموهوب.

وأخيراً قدم فيلدهسين Feldhusen (2..1) نموذجاً لاكتشاف وإرشاد الطلاب الموهوبين، وهذا النموذج يتكوين من أربعة مجالات أساسية هى:

أ-المجال الأكاديمي:

يشمل العلوم، الرياضيات، اللغة الإنجليزية، والدراسات الاجتماعية.

ب-المجال الفني:

يشمل الرسم، الموسيقى، التصوير.

٣-المجال المهني:

يشمل الاقتصاد، التجارة ورجال الأعمال، تكنولوجيا الكمبيوتر.

٤-المجال الاجتماعي:

يشمل العلاقات الشخصية والاجتماعية والخدمات الإنسانية.

وقدم فيلدهسين خطة لنمو الطلاب الموهوبين من سن ٣ سنوات حتى ١٢ سنة، وهذه الخطة تقدمها المدرسة خلال فترة الإجازات.

*محتوى الخطة:

تشمل الدروس الخاصة بهم، والأنشطة اللامنهجية، والخبرات خارج إطار المدرسة بحيث تتناسب مع طموحاتهم وتعكس الأهداف التى وضعوها لأنفسهم.

*تنفيذ الخطة:

طبقت الخطة على ١.. طالب موهوب تتراوح أعمارهم من ٣-١٢ سنة.

*الهدف من الخطة:

زيادة قدرة هؤلاء الطلاب الموهوبين على التعلم الذاتي من خلال مجموعات صغيرة، مع إمدادهم التعليمية والأنشطة التى تتناسب ونمو قدرات هؤلاء الطلاب.

*إجراء تنفيذ الخطة:

يقوم بالتنفيذ المدرسية فى المدرسة باتباع الإجراءات التالية:

أ-وضع علامات وأدلة لمجالات الموهبة الأربعة ومدى توافرها فى الطالب الموهوب ونبوغه فيها.
ب-إعداد الأنشطة التعليمية التى ستقدم للطالب الموهوب والتي تتناسب مع متطلبات الموهبة.
جـ-استخدام التعزيز والمدح لتدعيم الموهبة.
د-مساعدة الطلاب الموهوبين فى مجالات متعددة لتحقيق أهداف التعلم فى هذه المجالات.
هـ-توفير المصادر التى تمكن الطلاب الموهوبين من ممارسة الأنشطة اللامنهجية.
و-إشراك الوالدين لتشجيع السلوك الهادف، والرعاية الصحيحة لهؤلاء الطلاب الموهوبين خارج المدرسة.

ثانياً: فئة الإعاقة العقلية

لقد استخدمت سهير أمين (١٩٩٦) أسلوب الإرشاد الجماعي فى تعديل السلوك اللاتوافقى لدى المعاقين عقلياً من فئة القابلين للمتعلم، وذلك على عينة بلغت ٢. طفلاً وطفلة تتراوح نسبة ذكائهم بين ٥.-٧. وأعمارهم بين ٩-١٢ سنة، وقسمت العينة إلى مجموعتين متساويتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، وطبقت على المجموعة التجريبية برنامج الإرشاد الجماعي الذى يركز على التفاعل الاجتماعي من خلال العمل الجماعي والمشاركة الوجدانية فى صورة جلسات اللعب الجماعي مع استخدام وسائل التعزيز والعقاب لتشكيل وتعديل السلوك، وتوصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج المستخدم فى الدراسة فى تعديل سلوك الأطفال غير المقبول اجتماعياً.

وفى نفس الإطار قام كل من سعيد دبيس والسيد السمادونى (١٩٩٨) بدراسة مدى فاعلية التدريب على الضبط الذاتي فى علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وذلك على عينة بلغت ١. أطفال تتراوح أعمارهم بين ١١-١٥ سنة، وتكون البرامج من ١٨ جلسة تدريبية بواقع ٣ جلسات فى الأسبوع، مدة كل جلسة ٣.-٤. دقيقة وكان التدريب يتم بشكل فردى، وكانت الأنشطة تبدأ بالقدرات الحسية الحركية البسيطة، وتنتهى بالأنشطة التى يتدرب فيها الطفل على كيفية حل المشاكل المعقدة، وتمكن الباحثان من تنمية الانتباه لدى الأطفال من خلال الأدوات التالية :

- مجموعة الصور المطلوب تلوينها والخطوط المطلوب نسخها.
- مجموعة تطابق الأشكال والكلمات.
- المكعبات الخشبية.
- المسائل الحسابية البسيطة.
- موضوعات قرائية مقررة.

وفى مجال البرامج الإرشادية لآباء الأطفال المتخلفين عقلياً، فقد أشار عبد المطلب القريطى (١٩٩٩) إلى أن مفهوم الإرشاد النفسي لآباء المتخلف عقلياً وأسرته هى تلك العملية التى يستخدم من خلالها المرشد خبراته وكفاءاته المهنية فى مساعدة آباء وأخوة الطفل على الوعى بمشاعرهم نحوه، وتفهم حالته وتقبلها، وتطوير واستثمار أكبر مما لديهم من إمكانات للنمو والتعلم والتغيير فى اكتساب المهارات اللازمة لمواجهة المشكلات والضغوط الناتجة عن وجوده بالأسرة والمشاركة بفاعليته فى دمجه وتعليمه وتدريبه، والتعاون المثمر مع مصادر تقديم الخدمات بما يحقق له أقصى إمكانات النمو والتوافق.

وفى هذا الإطار قامت سمية جميل (٢...) بدراسة فاعلية برنامج إرشادى فى تعديل اتجاهات الأطفال العاديين نحو دمجهم مع أقرانهم المعاقين عقلياً، على عينة بلغت ٦. تلميذاً وتلميذة من تلاميذ العاديين بالصف الرابع الابتدائي من المدارس التى طبقت فكرة الدمج، وكذلك ١٥. تلميذاً وتلميذة من التلاميذ المعاقين عقلياً القابلين للتعلم تتراوح نسبة ذكائهم (٥.-٧٥)، وطبقت الباحثة البرنامج الإرشادى على الصورة التالية :

أهداف البرنامج الإرشادى:

١-تعديل الأفكار الخاطئة لدى الأطفال العاديين عن طبيعة التخلف العقلي.

٢-توفير الفرص التعليمية الطبيعية من خلال الاتصال المباشر بين العاديين والمعاقين عقلياً باشتراكهم معاً فى مجموعة من الأنشطة داخل وخارج المدرسة.

محتوى البرنامج: يتكون البرنامج من جزئيين هما

الجزء الأول: الإرشاد النظرى الذي يعتمد على المحاضرات النظرية حول الموضوعات التالية:

* ماهية الإعاقة العقلية. *خصائص الأطفال المعاقين عقلياً.

*الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي.
*عرض شريط فيديو عن التخلف العقلي + كتيب صغير به بعض الصور الفوتوغرافية التى يوضح الأنشطة التى يمارسها الأطفال المعاقين عقلياً.
الجزء الثاني: الإرشاد العملي الذى يعتمد على الاتصال المباشر وذلك من خلال تنفيذ عملية الدمج فعلياً للمجموعة التجريبية (الأطفال العاديين مع أقرانهم المعاقين عقلياً) فى بعض الأنشطة الحرة داخل وخارج المدرسة وتمثلت هذه الأنشطة فى الأنشطة الفنية والرياضية والرحلات المدرسية.
واتبعت الباحثة الأسلوب الإرشادى الجماعي، وتوصلت إلى تعديل الاتجاهات السالبة لدى الأطفال العاديين نحو أقرانهم المعاقين عقلياً وظهر هذا واضحاً فى تغير سلوك الأطفال العاديين نحو الإيجابية نحو الأطفال المعاقين عقلياً داخل المجموعات التعاونية وأثناء التفاعل والاتصال المباشر بينهما.
فى حين قام كل من عادل عبد الله والسيد فرحات (٢..١) بدراسة عن إرشاد الوالدين لتدريب أطفالهما المعاقين عقلياً على استخدام جداول النشاط المصورة وفعاليته فى تحسين مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية.
عينـــة الدراســـة:
بلغت عينة الدراسة ١. أطفال من المعاقين عقلياً تتراوح أعمارهم بين ٨-١٤ سنة، ونسبة ذكائهم بين ٥٦-٦٦ وعينة الوالدين لهؤلاء الأطفال.
البرنامج الإرشادى للوالدين:
استغرق البرنامج ٢. جلسة بواقع أربع جلسات أسبوعياً، مدة كل جلسة ساعة واحدة، استخدم فيها فنيات المحاضرة والمناقشة والنمذجة ولعب الدور، وكانت الجلسات تهدف إلى تدريب الوالدين على كيفية استخدام جداول النشاط المصورة ومتابعة تدريبهم عليها فى نطاق الأسرة.
البرنامج الإرشادى للأطفال:
استغرق البرنامج ٤٢ جلسة بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، مدة كل جلسة تتراوح من ٤٥-٦. دقيقة، وذلك للتدريب على جداول النشاط المصورة فى حضور الوالدين.
وأظهرت النتائج تحسن مستوى التفاعلات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً بعد استخدام البرنامج التدريبي مع المعاقين عقلياً والبرنامج الإرشادى مع الوالدين.
وبحث كوبلاند وآخرون Copeland and Others (2..2) عن التدخل لمساعدة الطلاب ذوى التخلف العقلي فى فصول الطلاب العاديين وذلك على عينة بلغت ٤ طلاب ذوى تخلف عقلي خفيف فى المدرسة المتوسطة، ثم تقديم بعض التدريبات المصممة من قبل المدرسين لهؤلاء الطلاب وتشمل التدريب على تكملة الواجبات المنزلية فى المدرسة، وتحديد أهداف ومحاولة تحقيقها، وتقديم تغذية رجعية عند تحقيق هذه الأهداف، وأظهرت نتائج الدراسة تحسناً كبيراً فى أداء هؤلاء الطلاب وخاصة عند تضمينهم داخل فصول الطلاب العاديين.
ثالثاً: الإعاقة البصرية
إن الإرشاد النفسي للأطفال ذوى الإعاقة البصرية يتطلب تقديم منهج متخصص فى مهارات الحياة الوظيفية، ومهارات التواصل، وتقديم الخدمات التربوية لهؤلاء الأطفال وفقاً لشدة ودرجة الإعاقة البصرية.

وقد بحث عبد العزيز الشخص (١٩٩٢) أثر أسلوب الرعاية على مستوى القلق لدى المكفوفين واتجاهاتهم نحو الإعاقة البصرية، وذلك على عينة قوامها ١٢. تلميذاً وتلميذة من المكفوفين تتراوح أعمارهم ما بين ١٣-٢١ سنة، وقسمت العينة إلى مجموعتين كل منهما ٦. تلميذاً وتلميذة، تخضع إحداهما لأسلوب الرعاية الخارجية بينما تخضع الأخرى لأسلوب الرعاية الداخلية، وأوضحت نتائج الدراسة إن لأسلوب الرعاية المستخدم مع المكفوفين تأثير كبير عليهم، حيث يؤدى إلى ارتفاع مستوى قلقهم، كما يؤدى إلى سلبية اتجاهاتهم نحو الإعاقة البصرية، وأوصى الباحث بتوفير أساليب الرعاية الاجتماعية والتربوية للمكفوفين فى المؤسسات العادية، حيث ينمى لديهم مشاعر الرضا والتقبل والحب والود تجاه أقرانهم وتجاه مجتمعهم، مما يساعدهم على تقبل أنفسهم رغم هذه الإعاقة، وهكذا أصبح دمج المعوقين فى التعليم والمجتمع أمر ضروري.

بينما بحثت زينب أبو العلا (١٩٩٢) فى دراستها الميدانية عن تعديل الاتجاهات الوالدية السالبة نحو كف البصر من منظور نموذج عملية المساعدة فى خدمة الفرد، وذلك على عينة بلغت ١. من الآباء والأمهات يعانى أطفالها من الإعاقة البصرية، طبقت عليهم نموذج علمية المساعدة، والذى يعتبر أحد نماذج التدخل المهني من خلال استراتيجية واضحة وأساليب علاجية تتناسب مع الموقف وإمكانيات العملاء والإحصائيين النفسيين، ويتضمن هذا النموذج الخطوات الإجرائية التالية :

١-تحديد نقطة البداية مع العميل.

ويشمل ذلك تقبل العميل وتفهم مشكلته، وتحديد الأهداف بواقعية، وتحديد خطوات العمل خلال البرنامج.

٢-اكتشاف وتحديد السمات المميزة للعملاء.

٣-تحديد استراتيجية التدخل المهني المناسب.

ويشمل ذلك مفاهيم الاتصال، والتفهم العطوف، والتعليم والتدريب.

٤-التقويم المستمر والتقويم النهائي:

وتوصلت الباحثة إلى أن تطبيق نموذج عملية المساعدة فى خدمة الفرد أدى إلى تعديل الاتجاهات السالبة لأسر الأطفال مكفوفي البصر، وذلك بعد تحديد أوجه فى أساليب المعاملة الوالدية.

وحديثاً بحث كيف Kef (2..2) برنامجاً للمساعدة الاجتماعية وأثره على التوافق النفسي والاجتماعي للمراهقين ذوى الإعاقة البصرية، وذلك على عينة بلغت ٣١٦ مراهقاً ومراهقة الألمان، أعمارهم تتراوح بين ١٤-٢٤ سنة من ذوى الإعاقة البصرية (مكفوفين – ضعاف البصر)، واستخدم معهم برنامج التأييد الاجتماعي من الأقران العاديين فى الفصل الدراسى العادي من خلال المناقشات حول الدروس، ومن خلال مساعدة العاديين لزملائهم ذوى الإعاقة البصرية عن تكوين خريطة معرفية عن طبيعة الأماكن فى الفصل الدراسى ومن خلال التفاعل الاجتماعي والأنشطة المشتركة وتوثيق الصلة بالبيئة المحيطة وتشجيعه على الحركة والتنقل بسهولة، مما ساعد على تعديل النظرة الاجتماعية السلبية تجاه الإعاقة البصرية، وتوصلت الدراسة إلى أن التأييد الاجتماعي من الأقران العاديين ساعد المراهقين ذوى الإعاقة البصرية على التوافق النفسي والاجتماعي.

رابعاً: الإعاقة السمعية

يرى عبد العزيز الشخص (١٩٩. : ٧٨) أن شعور ذوى الإعاقة السمعية بالاتجاهات السالبة نحوهم، يؤثر تأثيراً سالباً على نموهم الشخصي والاجتماعي، كما يؤدى إلى تكوين

مفهوم سالب لديهم عن ذواتهم، وانخفاض مستوى طموحهم، وقد يحجمون عن المدرسة أو العمل أو المجتمع ككل.

ويشير كل من فاروق صادق (١٩٩٧ : ٢.) وشاكر قنديل (٢... أ: ٤.٥-٥.٥) أن تدريب الوالدين وإرشادهم ومساندتهم يلعب دوراً أساسياً هاماً فى حياة الطفل ذى الإعاقة السمعية، ويلخص فاروق صادق أهم أغراض تدريب الوالدين لإرشاد أطفالهم ذى الإعاقة السمعية فيما يلى :

-اتقان التخاطب والتواصل مع أفراد الأسرة.

٢-المساعدة بتدريب الطفل على المفاهيم الحسية والإدراكية المرتبطة بالأشياء والنباتات والحيوانات وعناصر البيئة.

٣-تهيئة الطفل المعوق سمعياً مبكراً فى المنزل لمشاركة أخوته الأشياء والمثيرات المرتبطة بالحياة المدرسية.

٤-محاولة اكتشاف استعدادات الطفل وتهيئته للمدرسة.

٥-التدريب على المهارات الاجتماعية.

٦-تشجع الاتصال مع أولياء أمور الأطفال المماثلين لهم.

ولقد بحث عدداً من الدراسات فكرة تضمين Inclusion الطلاب ذوى الإعاقة السمعية (الصم – ضعاف السمع) داخل فصول الطلاب العاديين، حيث أن التضمين يختلف عن الدمج Mainstreaming حيث أن التضمين يشير إلى وضع الطلاب ذوى الإعاقة السمعية فى فصول الطلاب العاديين وأشار الباحثون أن هذا التغيير أدخل على القانون رقم ١٤٢ لسنة (١٩٩٤) والذى انبثق عن قانون تربية الأفراد ذوى الاحتياجات الخاصة (IDEA) ومنذ هذا التاريخ بدأت فكرة التضمين فى التنفيذ بدلاً من وضع الطلاب ذوى الإعاقة السمعية فى فصول خاصة داخل المدرسة العادية(Hines,2..1).

فقد بحث أكاريس Eccarius (1997) تقييم فكرة تضمين الطلاب ذوى الإعاقة السمعية من خلال ما يلى:

١-توفير المكان المناسب أو تغيير الأماكن الموجودة حالياً.

٢-تحديد التباين الواسع للطلاب ذوى الإعاقة السمعية من حيث ما يلى: (سبب فقدان السمع، تاريخ نمو اللغة، وجود العوامل المعوقة الأخرى مثل صعوبات التعلم أو الضعف البصرى أو الحركي أو التخلف العقلي).

وقد حدد كل من نويل وأنيس Nowell and Innes (١٩٩٧) فوائد التضمين فى النقاط التالية:

أ-إتاحة الفرصة للطلاب الصم للحياة داخل المنزل:

أن الطلاب الصم الذين يذهبون إلى مدارس التربية الخاصة بهم يتاح لهم الذهاب للمنزل خلال الإجازات فقط بعد نهاية الأسبوع، ولكن تطبيق فكرة التضمين سوف يتاح للطلاب الصم الحياة مع أسرهم طوال الأسبوع.

ب-إتاحة الفرصة للتواصل مع عالم السمع (العاديين):

إن المرافقة اليومية مع الطلاب العاديين فى حالة التضمين تساعد الطلاب الصم على نحو أفضل التواصل مع الطلاب العاديين مما يؤدى إلى تعلمهم مهارات سوف يحتاجونها فى المستقبل.

جـ-إتاحة الفرصة لمواصلة التعلم:

أن فكرة التضمين تتيح للطلاب الصم مواصلة التعليم على جميع مستويات الدراسة مثل العاديين، بدلاً من مدارس التربية الخاصة.

د-إتـاحة الفرصة لتقديم البرامج الأكاديمية والمهنية.

وأكد الباحثان أن وضع الطلاب الصم فى فصول الطلاب العاديين يشمل التنسيق فى الخدمات التالية :

- توفير الأساتذة التى تجيد لغة الإشارة واللغة العادية. *توفير الأساتذة المعاونين.
- توفير المرشدين النفسيين. *توفير مدارس ذات تكنولوجيا عالية.

بينما قام على عبد النبي (٢...) بدراسة مدى فاعلية العلاج الأسرى فى تحسين مفهوم الذات لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية، وذلك على عينة بلغت ٣٢ طفلاً من الصم وضعاف السمع، ممن تتراوح أعمارهم بين ٩-١٢ سنة، واستخدم الباحث العلاج الأسرى الذى يتضمن بعض الفنيات هى : المحاضرة، والحوار، وإعادة الصياغة، والتجسيد الأسرى، والتواصل، والتعزيز الإيجابي، ولعب الدور وتبادل الدور، والتغذية الرجعية، وتضمن العلاج ١٢ جلسة، بواقع جلستين أسبوعياً، بعض هذه الجلسات موجه إلى جميع أفراد الأسرة (الوالدين – الإخوة – أو أحدهم على الأقل والطفل داخل البيئة الأسرية)، وجلسات أخرى ركزت على أولياء أمور الأطفال ذوى الإعاقة السمعياً معاً، وتوصل الباحث بعد تطبيق البرنامج العلاجي إلى مدى أنه فعال فى تحسين مفهوم الذات لدى الأطفال ذو ى الإعاقة السمعية.

ومن الدراسات التى اهتمت بتشخيص المشكلات السلوكية لدى الأطفال الصم دراسة جمال فايد (٢..١) عن فاعلية استخدام رسوم الأطفال فى تشخيص المشكلات السلوكية لدى الأطفال الصم، وذلك على عينة بلغت ٢. تلميذاً وتلميذة من المرحلة الابتدائية من تلاميذ مدرسة الأمل للصم وطبق عليهم اختيار رسم الشخص، وفى ضوء تحليل رسم هؤلاء الأطفال وفى ضوء المؤشرات المستمدة من التحليل الكيفى لهذا الاختبار، تم التوصل إلى قائمة المشكلات السلوكية لهؤلاء الأطفال الصم ومنها السلوك المدمر والعنيف والتمرد والعصيان والاندفاعية وبعض الاضطرابات الانفعالية.

وقدم فاروق صادق (١٩٩٧) حقيبة إرشادية لأسرة الطفل المعوق سمعياً تضمن المجالات التالية:

١-طبيعة الإعاقة السمعية.
٢-التعامل مع الإعاقة السمعية مباشرة بعد اكتشافها.
٣-تهيئة الأسرة للتعامل مع الطفل المعوق سمعياً.
٤-طرق وفنيات التدخل الأسرى من مرحلتي سن المهد وما قبل المدرسة وبخاصة الأم.
٥-مبادئ قراءة الشفاه مع الاستعانة باليد (لطفل سن المهد وما قبل المدرسة).
٦-مبادئ لغة الإشارة لطفل ما قبل المدرسة.
٧-طرق التواصل الكلى وفنياته منذ وقت مبكر فى حياة الطفل المدرسية.
٨-الأعداد النفسي والاجتماعي للطفل الأصم.

خامساً: الإعاقة الجسمية والصحية

يمثل الأطفال المعاقين جسمياً مجموعة من الفئات المختلفة، وغير المتجانسة، وهذا يتطلب تطبيق أساليب إرشادية وعلاجية تتناسب مع هذه الفئات، مع الأخذ فى الاعتبار أن

التقدم الواضح فى المخترعات التكنولوجية قد أسهم فى حل كثير من مشكلات الطفل المعوق جسمياً فقد أشار كل من جاميسون وبترسون (Jamieson and Peterson (1995، إلى أن الأفراد ذوى الإعاقات الجسمية يشاركون فى قوة العمل بنسب أقل من الأفراد العاديين، واقترح الباحثان بضرورة وضع برامج مهنية للصغار ذوى الإعاقة الجسمية والصحية، وهذه البرامج تعتمد على الخصائص الفردية والحاجات الخاصة لكل فئة من فئات هذه الإعاقة، ويجب أن تكون هذه البرامج المهنية ابتكارية وتبدأ فى المرحلة المتوسطة والمرحلة الثانوية قبل الدخول إلى عالم العمل أو مواصلة الدراسة الجامعية.

بينما بحث عمرو إبراهيم (١٩٩٥) مدى فاعلية العلاج الأسرى فى التخفيف من حدة الاتجاهات السالبة للوالدين نحو إصابة طفلهما بمرض السكر، وذلك على عينة تجريبية بلغت ١٠ أطفال من عمر ٦-١٢ سنة يعانون من مرض السكر، تم اختبارهم من مستشفى أبو الريش للأطفال، وتم تطبيق برنامج العلاج الأسرى على والدى هؤلاء الأطفال، وكانت خطوات البرنامج ١-اتقان التخاطب والتواصل مع أفراد الأسرة.

٢-المساعدة بتدريب الطفل على المفاهيم الحسية والإدراكية المرتبطة بالأشياء والنباتات والحيوانات وعناصر البيئة.

٣-تهيئة الطفل المعوق سمعياً مبكراً فى المنزل لمشاركة أخوته الأشياء والمثيرات المرتبطة بالحياة المدرسية.

٤-محاولة اكتشاف استعدادات الطفل وتهيئته للمدرسة.

٥-التدريب على المهارات الاجتماعية.

٦-تشجع الاتصال مع أولياء أمور الأطفال المماثلين لهم.

ولقد بحث عدداً من الدراسات فكرة تضمين Inclusion الطلاب ذوى الإعاقة السمعية (الصم – ضعاف السمع) داخل فصول الطلاب العاديين، حيث أن التضمين يختلف عن الدمج Mainstreaming حيث أن التضمين يشير إلى وضع الطلاب ذوى الإعاقة السمعية فى فصول الطلاب العاديين وأشار الباحثون أن هذا التغيير أدخل على القانون رقم ١٤٢ لسنة (١٩٩٤) والذى انبثق عن قانون تربية الأفراد ذوى الاحتياجات الخاصة (IDEA) ومنذ هذا التاريخ بدأت فكرة التضمين فى التنفيذ بدلاً من وضع الطلاب ذوى الإعاقة السمعية فى فصول خاصة داخل المدرسة العادية(Hines,2..1).

فقد بحث أكاريس Eccarius (1997) تقييم فكرة تضمين الطلاب ذوى الإعاقة السمعية من خلال ما يلى :

١-توفير المكان المناسب أو تغيير الأماكن الموجودة حالياً.

٢-تحديد التباين الواسع للطلاب ذوى الإعاقة السمعية من حيث ما يلى : (سبب فقدان السمع، تاريخ نمو اللغة، وجود العوامل المعوقة الأخرى مثل صعوبات التعلم أو الضعف البصرى أو الحركي أو التخلف العقلي).

وقد حدد كل من نويل وأنيس Nowell and Innes (١٩٩٧) فوائد التضمين فى النقاط التالية :

أ-إتاحة الفرصة للطلاب الصم للحياة داخل المنزل :

أن الطلاب الصم الذين يذهبون إلى مدارس التربية الخاصة بهم يتاح لهم الذهاب للمنزل خلال الإجازات فقط بعد نهاية الأسبوع، ولكن تطبيق فكرة التضمين سوف يتاح للطلاب الصم الحياة مع أسرهم طوال الأسبوع.

ب-إتاحة الفرصة للتواصل مع عالم السمع (العاديين) :

إن المرافقة اليومية مع الطلاب العاديين فى حالة التضمين تساعد الطلاب الصم على نحو أفضل التواصل مع الطلاب العاديين مما يؤدى إلى تعلمهم مهارات سوف يحتاجونها فى المستقبل.

جـ-إتاحة الفرصة لمواصلة التعلم :

أن فكرة التضمين تتيح للطلاب الصم مواصلة التعليم على جميع مستويات الدراسة مثل العاديين، بدلاً من مدارس التربية الخاصة.

د-إتاحة الفرصة لتقديم البرامج الأكاديمية والمهنية.

وأكد الباحثان أن وضع الطلاب الصم فى فصول الطلاب العاديين يشمل التنسيق فى الخدمات التالية :

- توفير الأساتذة التى تجيد لغة الإشارة واللغة العادية. *توفير الأساتذة المعاونين.
- توفير المرشدين النفسيين. *توفير مدارس ذات تكنولوجيا عالية.

بينما قام على عبد النبي (٢...) بدراسة مدى فاعلية العلاج الأسرى فى تحسين مفهوم الذات لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية، وذلك على عينة بلغت ٣٢ طفلاً من الصم وضعاف السمع، ممن تتراوح أعمارهم بين ٩-١٢ سنة، واستخدم الباحث العلاج الأسرى الذى يتضمن بعض الفنيات هى : المحاضرة، والحوار، وإعادة الصياغة، والتجسيد الأسرى، والتواصل، والتعزيز الإيجابي، ولعب الدور وتبادل الدور، والتغذية الرجعية، وتضمن العلاج ١٢ جلسة، بواقع جلستين أسبوعياً، بعض هذه الجلسات موجه إلى جميع أفراد الأسرة (الوالدين – الإخوة – أو أحدهم على الأقل والطفل داخل البيئة الأسرية)، وجلسات أخرى ركزت على أولياء أمور الأطفال ذوى الإعاقة السمعياً معاً، وتوصل الباحث بعد تطبيق البرنامج العلاجي إلى مدى أنه فعال فى تحسين مفهوم الذات لدى الأطفال ذو ى الإعاقة السمعية.

ومن الدراسات التى اهتمت بتشخيص المشكلات السلوكية لدى الأطفال الصم دراسة جمال فايد (٢..١) عن فاعلية استخدام رسوم الأطفال فى تشخيص المشكلات السلوكية لدى الأطفال الصم، وذلك على عينة بلغت ٢. تلميذاً وتلميذة من المرحلة الابتدائية من تلاميذ مدرسة الأمل للصم وطبق عليهم اختيار رسم الشخص، وفى ضوء تحليل رسم هؤلاء الأطفال وفى ضوء المؤشرات المستمدة من التحليل الكيفى لهذا الاختبار، تم التوصل إلى قائمة المشكلات السلوكية لهؤلاء الأطفال الصم ومنها السلوك المدمر والعنيف والتمرد والعصيان والاندفاعية وبعض الاضطرابات الانفعالية.

وقدم فاروق صادق (١٩٩٧) حقيبة إرشادية لأسرة الطفل المعوق سمعياً تضمن المجالات التالية :

١-طبيعة الإعاقة السمعية.

٢-التعامل مع الإعاقة السمعية مباشرة بعد اكتشافها.

٣-تهيئة الأسرة للتعامل مع الطفل المعوق سمعياً.

٤-طرق وفنيات التدخل الأسرى من مرحلتي سن المهد وما قبل المدرسة وبخاصة الأم.

٥-مبادئ قراءة الشفاه مع الاستعانة باليد (لطفل سن المهد وما قبل المدرسة).
٦-مبادئ لغة الإشارة لطفل ما قبل المدرسة.
٧-طرق التواصل الكلى وفنياته منذ وقت مبكر فى حياة الطفل المدرسية.
٨-الأعداد النفسي والاجتماعي للطفل الأصم.

خامساً: الإعاقة الجسمية والصحية

يمثل الأطفال المعاقين جسمياً مجموعة من الفئات المختلفة، وغير المتجانسة، وهذا يتطلب تطبيق أساليب إرشادية وعلاجية تتناسب مع هذه الفئات، مع الأخذ فى الاعتبار أن التقدم الواضح فى المخترعات التكنولوجية قد أسهم فى حل كثير من مشكلات الطفل المعوق جسمياً فقد أشار كل من جاميسون وبترسون (Jamieson and Peterson (1995، إلى أن الأفراد ذوى الإعاقات الجسمية يشاركون فى قوة العمل بنسب أقل من الأفراد العاديين، واقترح الباحثان بضرورة وضع برامج مهنية للصغار ذوى الإعاقة الجسمية والصحية، وهذه البرامج تعتمد على الخصائص الفردية والحاجات الخاصة لكل فئة من فئات هذه الإعاقة، ويجب أن تكون هذه البرامج المهنية ابتكارية وتبدأ فى المرحلة المتوسطة والمرحلة الثانوية قبل الدخول إلى عالم العمل أو مواصلة الدراسة الجامعية.

بينما بحث عمرو إبراهيم (١٩٩٥) مدى فاعلية العلاج الأسرى فى التخفيف من حدة الاتجاهات السالبة للوالدين نحو إصابة طفلهما بمرض السكر، وذلك على عينة تجريبية بلغت ١. أطفال من عمر ٦-١٢ سنة يعانون من مرض السكر، تم اختبارهم من مستشفى أبو الريش للأطفال، وتم تطبيق برنامج العلاج الأسرى على والدى هؤلاء الأطفال، وكانت خطوات البرنامج العلاجي على النحو التالي:

أهداف العلاج الأسرى:

تعديل بعض الاتجاهات ذات التأثير السلبى على الطفل المريض بالسكر، وذلك بمساعدة أعضاء الأسرة على طريقة التعامل السوية التى ينبغي اتباعها مع هذا الطفل.

١-استراتيجيات الاتصال:
تهدف إلى تحسين الاتصال بين الأسرة والمجتمع مع التركيز على المستشفى التى يعالج فيها الطفل.

٢-استراتيجية التفاعل:
تهدف إلى تغيير التفاعلات التى تتسم بالأداء الخاطئ التى من شأنها التأثير على اتجاهات الوالدين.

٣-استراتيجية التوازن الأسرى:
تهدف إلى إشباع الاحتياجات العامة لكل أفراد الأسرة بما فيهم الطفل المصاب بمرض السكر.

٤-استراتيجية تعديل الاتجاهات:
تهدف إلى تعديل الاتجاهات السالبة ذات التأثير السلبى على الطفل المريض مثل النبذ، والإهمال، والتفرقة.

استمر تطبيق البرنامج العلاجي لمدة ثلاثة أشهر فى صورة جلسات أسبوعية مدة كل جلسة ٦٠-٩٠ دقيقة، وتوصلت الدراسة إلى أن ممارسة العلاج الأسرى ساهمت بفاعلية فى تعديل الاتجاهات السالبة للوالدين نحو أطفالهم المصابين بمرض السكر.

سادساً : فئة صعوبات التعلم

يعد موضوع صعوبات التعلم من الموضوعات الجديدة فى مجال التربية الخاصة التى شهدت نمواً متسارعاً واهتماماً متزايداً بحيث أصبحت محوراً للعديد من الأبحاث والدراسات، ومن الدراسات التى اهتمت بوضع برنامج إرشادى لهذه الفئة دراسة باومبرجر وهاربر Baumberger and Harper (1999) عن استخدام الإرشاد المصغر لعلاج مشكلة التأخر الدراسى لتلاميذ الصف الخامس الابتدائي الذين يعانون من صعوبة خاصة فى التعلم، وخطوات البرنامج الإرشادى المصغر كما يلى :

١-أهداف البرنامج : يهدف البرنامج إلى :

- فهم أساليب التعلم الفريدة لكل طالب ذى صعوبة تعلم فى المجموعة الإرشادية.
- مساعدة التلاميذ على اكتساب صور مرنة عن مشاكلهم التعليمية المتنوعة.
- مساعدة التلاميذ على تعلم طرق جديدة لاكتساب الثقة بالنفس.
- مساعدة التلاميذ على فهم الآخرين ممن لديهم نفس الصعوبات.

٢-محتوى البرنامج :

يشمل البرنامج أنشطة مشتركة، وأنشطة فردية، وواجب منزلي، واختبارات واستبانات.

٣-مدة البرنامج :

يستغرق تطبيق البرنامج الإرشادى المصغر ٧ جلسات بواقع جلسة واحدة أسبوعياً مدتها ٤٥ دقيقة.

٤-طريقة التطبيق :

يقوم بتطبيق البرنامج المرشد النفسي، ويطبق بصورة جماعية على ٤ إلى ٦ تلاميذ ممن يعانون من صعوبات التعلم، ويتم التطبيق فى المدرسة.

٥-تعليمات قبل تطبيق البرنامج :

تتبع التعليمات التالية :

- مقابلة التلاميذ فردياً، والتعرف على مدى استعدادهم لمواصلة البرنامج الإرشادى.
- إعطاء كل تلميذ الفرصة للأسئلة والحوار.
- الاتصال بالوالدين للمشاركة فى إرشاد هؤلاء التلاميذ.

٦-جلسات البرنامج :

يتكون البرنامج من ٧ جلسات، وتتكون خطة كل جلسة من العنوان والهدف والموضوع والأدوات والإجراءات كما يلى :

*الجلسة الأولى : من أنت؟

الهدف : فهم وإدراك فردية كل تلميذ من خلال المقابلة الشخصية.

الموضوع : مساعدة التلاميذ على :

*اختيار المفردات التى تمثل جوانب شخصية كل تلميذ.

*مناقشة معنى المفردات التى اختارها كل تلميذ.

*التعرف على التشابه والاختلاف بين أعضاء المجموعة.

الأدوات : اختبار الشخصية، والذى يتضمن الجوانب المحببة والجوانب المكروهة فى شخصية كل تلميذ.

الإجراءات : تتبع الإجراءات التالية :

***كل تلميذ يعرف نفسه.**

***يطلب من كل تلميذ كتابة تقرير عن شخصيته.**

***يطلب من كل تلميذ تلخيص بعض الجوانب الجديدة التى تعلمها عن نفسه أو عن الأعضاء الآخرين.**

الجلسة الثانية : أعرف نفسك :

الهدف : مساعدة التلاميذ على العمل كفريق لحل المشاكل الدراسية.

الموضوع : مساعدة التلاميذ على الآتي :

***التعاون مع الآخر للمساعدة وإكمال المهمة التعليمية.**

***ابتكار حلول ممكنة واتخاذ قرار كمجموعة.**

***تشجيع كل تلميذ على إكمال المهمة التعليمية الخاصة به.**

الأدوات : سبورة صغيرة، قطعة من المطاط، مكان كبير واسع.

الإجراءات : يتبع ما يلى :

***مراجعة أنشطة الجلسة السابقة.**

٢-يطلب من كل تلميذ أن يشترك فى كل الأنشطة التى يقدمها المرشد النفسي، بعد تحديد وقت كل نشاط، وتحديد من الشخص الذى يقوم بالنشاط ومثال للأنشطة : (كرة القدم – سباق الجري – التمثيل).

وفى ختام الجلسة يطلب من أعضاء المجموعة التعبير عن مشاعرهم للاشتراك فى مثل هذه الأنشطة.

الجلسة الثالثة : أساليب التعلم المفضلة :

الهدف : مساعدة التلاميذ على فهم أنفسهم كأفراد، وما هى أساليب التعلم المفضلة لكل منهم.

الموضوع : التمييز بين الموضوعات المفضلة والموضوعات غير المفضلة فى الدراسة.

الأدوات : مقياس أساليب التعلم، فيلم فيديو يوضح بعض صعوبات التعلم التى تواجه التلاميذ.

الإجراءات : يتبع ما يلى :

***مشاهدة فيلم الفيديو لتوضيح صعوبات التعلم الشائعة لدى التلاميذ.**

***إعطاء واجب منزلي يتضمن كتابة ما تعلمه كل طالب من جلسة اليوم.**

الجلسة الرابعة : كيف أتعلم أفضل؟

الهدف : مساعدة التلاميذ على فهم أساليب تعلمهم.

الإجراءات : يتبع ما يلى :

***تعرف كل تلميذ على نتائج تطبيق مقياس أساليب التعلم الخاصة به.**

*توزيع درجات التلاميذ على خط متصل للتعرف على الفروق الفردية بينهم.

*يطلب من كل تلميذ الإجابة على الأسئلة التالية :

*من أفضل تلميذ فى المجموعة؟

*من فى المجموعة يفضل المذاكرة بمفرده؟

*من فى المجموعة يفضل المذاكرة مع زملائه؟

الواجب المنزلي : كتابة كل تلميذ ما تعلمه من جلسة اليوم ومدى شعوره تجاه زملائه فى المجموعة.

الجلسة الخامسة : التعلم حياة :

الهدف : مساعدة التلاميذ على تحديد المواقف التى يزداد فيها التحصيل أو النجاح فى الدراسة.

الموضوع : التعرف على حالات التعلم الفردية التى أدت إلى النجاح فى الدراسة.

*مشاركة أعضاء المجموعة لكل نجاح تعليمي أو شخصي لكل تلميذ فى المجموعة.

الأدوات : أوراق بيضاء، لوحه ورقية كبيرة، مجلات، ألوان.

الإجراءات : يتبع ما يلى :

*يطلب من كل تلميذ أن يتذكر المواقف الخاصة فى حياته التى تعلم فيها أشياء جديدة.

*يطلب من كل تلميذ أن يرسم أو يقطع صور تمثل خبرات التعلم الناجحة، وابتكار خطة للتعلم فى المستقبل.

الجلسة السادسة : مواهب وقدرات

الهدف : مساعدة التلاميذ للتعرف على قدراتهم ومواهبهم.

الموضوع : *تحديد موهبة وقدرات كل تلميذ.

*تحديد الفروق الفردية للتلاميذ فى المواهب والقدرات.

الأدوات : قائمة بالمواهب والقدرات، أقلام رصاص.

الإجراءات : يتبع ما يلى :

١-يختار كل تلميذ المجالات التى تبرز فيها موهبته وقدراته على سبيل المثال : الرسم، والشعر، القصة، الموسيقى، الغناء، الألعاب الرياضية المختلفة.

٢-يطلب من التلاميذ ترتيب هذه المجالات على حسب ممارستها وتفضيل كل تلميذ لها.

الواجب المنزلي : يطلب من كل تلميذ كتابة الأنشطة التى يميل إلى ممارستها من الآن، ويحاول اكتشاف المواهب والقدرات الفردية له.

الجلسة السابعة : الإعلان عن المواهب والقدرات :

الهدف : مساعدة التلاميذ فى التعرف على مواهبهم وقدراتهم.

الموضوع : ١-ابتكار إعلان عن كل تلميذ.

٢-عرض المواهب والقدرات فى هذا الإعلان.

الأدوات : أقلام رصاص، جهاز تسجيل، صور شخصية للتلاميذ.

الإجراءات : يتبع ما يلى :

*بعد مراجعة ما تم فى الجلسة السابقة، يتم تحديد مناطق القوة والموهبة والقدرات والتفضيلات الشخصية لكل تلميذ.

*ابتكار أو إعداد برنامج إذاعي أو صحيفة يعبر فيها كل تلميذ فى ختام الجلسات يطلب من كل تلميذ كتابة تقرير عن الاستفادة من هذا البرنامج الإرشادى المصغر، وتحديد مشاعره تجاه زملائه فى المجموعة.

سابعاً : الاضطرابات الانفعالية والسلوكية :

يشير شاكر قنديل (١٩٨١ : ٢٣-٢٤) إلى أن الإرشاد النفسي للأطفال ذوى الاضطرابات الانفعالية والسلوكية يتمثل فى مدى واسع من الاحتياجات وجوانب الرعاية النفسية، وأن العلاج النفسي لهم يجب أن يساعد الطفل على الاستبصار بمشكلته ومصدر صعوباته، كما يساعده على التخفيف من مشاعر الإحساس بالذنب أو الشعور بالإهمال، ويؤكد أيضاً أن إهمال التعامل مع مثل هؤلاء الأطفال قد يتطور أن لم تستجيب له بالشكل المناسب من الإرشاد النفسي إلى حالة متطرفة من السلوك المتطرف نتيجة الانفعال الشديد.

وقد أكد كل من كيرشاو وسنوجا Kershaw and Snuga (١٩٩٩) على أن إرشاد الأطفال ذوى الاضطرابات الانفعالية والسلوكية يتوقف على تحديد المجموعات الفارقة داخل هذه الاضطرابات، حتى يتم تقديم برامج الإرشاد والتدخل المناسب لكل مجموعة، وتوصل الباحثان إلى أربع مجموعات من الأطفال ذوى الاضطرابات الانفعالية والسلوكية وهى :

١-مشكلات التواصل. ٢-المشكلات الانفعالية.

٣-مشكلات الانتباه. ٤-مشكلات التطرف فى السلوك.

وأكد الباحثان أيضاً أن هذه المجموعات ليست متجانسة، ونحتاج إلى مقاييس وملاحظات ومقابلات لتحديد الفروق الدقيقة بينها.

وقد قدم مركز الأطفال غير العاديين فى أمريكا The Council for Exception Children (1993) برنامجاً إرشادياً لتعديل سلوك الأطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً، ويتلخص البرنامج فى الخطوات التالية :

١-التحديد الدقيق لسلوك هؤلاء الأطفال :

يقوم به المدرس أو الأخصائي النفسي بحيث يتم التركيز فيه على السلوك الفعلي للطفل وليس السلوك المرغوب فيه، مع استخدام طريقة المرح والفكاهة بدلاً من الاستهزاء والسخرية، وذلك لتجنب زيادة حدة السلوك السلبى.

٢-إتاحة الفرص لممارسة السلوك المناسب :

يتم ذلك من خلال احترام الأطفال، وتوفير بيئة تعلم تناسب التعلم والتدريب على المهارات الاجتماعية وممارستها، وذلك من خلال مشاركة هؤلاء الطلاب الفاعلين فى الفصل الدراسى وإعطاء الفرصة لهم لاكتساب المهارات الاجتماعية وحتى ولو كانت قليلة، ويتم ذلك من خلال ما يلى :

*العمل مع الأقران واتباع التعليمات فى الفصل الدراسى.

*العمل على مجموعة أو مع الآخرين.

***إظهار السلوك المناسب تجاه الأقران أو الكبار.**
***إظهار التواصل اللفظي وغير اللفظي مع الآخرين.**
***إظهار حب المساعدة والميل إلى تقديم الخدمات للآخرين.**
***حسم الصراعات بدون قتال.**
***إظهار المشاعر المناسبة للموقف.**

٣ـعلاج عيوب المهارات الاجتماعية كأخطاء فى التعلم :

يجب أن ننظر إلى العيوب فى المهارات الاجتماعية أو المشكلات السلوكية على أنها أخطاء تعلم، تحتاج إلى علاج مباشر وفعال ويتطلب من المدرس ما يلى :
***تعيين ماهية مشكلة المهارة الاجتماعية التى تؤدى إلى عيوب المهارة أو عيوب فى الأداء.**
***تحديد الأسلوب المفضل للتغلب على عيوب المهارة حتى يمكن التدريب عليها وعلاج عيوبها.**
***تعلم دروس المهارة الاجتماعية لمجموعة تتكون من ٣ إلى ٥ أطفال وذلك من خلال الأقران على اعتبار أنهم نماذج لديها كفاءة اجتماعية.**

٤ـتعليم الأطفال تحمل المسئولية :

باعتبار أن الأطفال ذوى الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لديهم مشاكل فى مفهوم الذات، افتقاد مشاعر الانتماء للمدرسة أو المجتمع، وتكرار الفشل فى الدراسة، ويجب على الأخصائي النفسي تطبيق استراتيجية تعليمية تشمل ضبط الذات (التحكم فى الذات) التدعيم الذاتي، وحل المشكلة، وتعديل السلوك المعرفى، والتدريب على تحمل المسئولية فى اتخاذ القرارات.

وبحث هبلر Heplar (١٩٩٨) أثر التكامل الاجتماعى للأطفال ذوى الاضطرابات الانفعالية والسلوكية مع أقرانهم العاديين فى المدرسة العادية على التقليل من هذه الاضطرابات، وذلك على عينة من الأطفال فى الصفين الرابع والخامس الابتدائى، وطبق عليهم البرامج الإرشادية التالية :

١ـبرنامج المهارات الاجتماعية :

فيه يتدرب الأطفال على المهارات الاجتماعية (مثل الصداقة، المنافسة، المشاركة، الإيثار) فى مركز العلاج اليومي بمدارس التربية الخاصة من خلال الأخصائي النفسي.

٢ـبرنامج تعديل المهارات المعرفية والسلوكية والانفعالية والتي يظهر لدى الأطفال نقص أو تطرف فى هذه المهارات، ويتم ذلك أيضاً بمدارس التربية الخاصة من خلال الأخصائي النفسي.

٣ـبرنامج دمج هؤلاء الأطفال فى المدارس النظامية مع مجموعة الأطفال العاديين.

استمرت الدراسة لمدة ثلاثة أشهر، ومن خلال ملاحظات الأساتذة والباحث والأخصائي النفسي لسلوك الأطفال ذوى الاضطرابات الانفعالية مع أقرانهم العاديين فى حصص الأنشطة وأثناء فترات الراحة، ظهر تحسن واضح على تقليل بعض هذه الاضطرابات الانفعالية وتغيير بعض السلوكيات المتطرفة والشاذة لدى هؤلاء الأطفال.

وقدم فريق من الباحثين يرأسه جوليفت Jolivette (٢...) برنامجاً إرشادياً لتحسين نواتج ما بعد المدرسة للطلاب ذوى الاضطرابات الانفعالية والسلوكية Emotional and Behavioral disorders (EBD) حيث أشار الباحثون أن هؤلاء الطلاب لديهم مشكلات لا تساعدهم على النجاح فى المدرسة أو خارجها، لأنهم غير قادرين على المحافظة على العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، ولديهم صعوبات دراسية فى مجالات متعددة، وكذلك لديهم مشاكل سلوكية مزمنة منها العدوانية، وعدم إطاعة السلطة (الإدارة)، وعدم احترام المدرسين والوالدين، وأكد الباحثون أنه نتيجة هذه الاضطرابات فإن كثيراً من الطلاب لا ينهى الدراسة الثانوية، لأنهم يعانون من الفشل فى تعلم المهارات الأساسية مثل الرياضيات والقراءة مما تضطر معه المدرسة لعدم القدرة على التحمل إما أن تحرم هؤلاء الطلاب مؤقتاً أو تطردهم من

مواصلة الدراسة، وبعضهم يذهب للحبس أو الاعتقال لأنهم يحتاجون إلى تربية خاصة لمواجهة هذه الاضطرابات.

وقد استمرت الدراسة فى البحث ١٠ سنوات، وتوصل الباحثون إلى أن حوالى ٢٦.٦% أكملوا الدراسة بعد الثانوية، بالمقارنة بحوالي ٦٦.٩% لا يكملون دراستهم بعد الثانوية العامة، وقدم الباحثون برنامجاً إرشادياً لهؤلاء الطلاب ذوى الاضطرابات الانفعالية والسلوكية بهدف تحسين مهاراتهم الاجتماعية وتدعيم السلوك الإيجابي لديهم وتدريبهم مهنياً على متطلبات الحياة، ويتكون البرنامج من المراحل التالية :

١-التدريب على المهارات الاجتماعية :

يهدف هذا التدريب إلى السماح لهؤلاء الطلاب البدء فوراً فى تطوير العلاقات الاجتماعية الإيجابية، والذى يؤدى إلى التعايش مع الخبرات السلوكية فى الحياة اليومية وذلك من خلال ما يلى :

*التعليم المباشر :

تحديد المهارات الاجتماعية اللازمة لكل طالب والاحتياجات التربوية لمواجهة هذه المهارات بالإضافة إلى التعرف على السلوكيات التى تعتبر المشكلة لكل طالب.

*تدخل المدرس :

ويعتمد على ذلك على تفاعل المدرس مع كل طالب وتدعيم الاستجابات المناسبة له، وعلى الرغم من ذلك فقد أقر الباحثون أنه توجد أشكال قليلة من المهارات الاجتماعية حدث لها تطوير ونمو.

٢-تدخل القرين لحل الصراع :

قام الباحثون بتدريب بعض الطلاب العاديين على كيفية التفاعل مع الطلاب ذوى الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، وذلك بدلاً من تدخل الكبار لتعديل هذه الاضطرابات، وتوصل فريق البحث إلى أن توسط وتدخل القرين مع هؤلاء الطلاب يسمح بتعديل السلوك السلبى وزيادة فرص تعلم السلوك الإيجابي فى المواقف المختلفة للتفاعل بينهم.

٣-تدعيم السلوك الإيجابي:

تعتمد هذه المرحلة على التدخل المناسب لتدعيم السلوك الإيجابي وذلك من خلال ما يلى :

- تشكيل فريق من المدرسة لحل المشاكل التى تواجه هؤلاء الطلاب وذلك بدعم من إدارة المدرسة.
- اتخاذ قرارات جماعية لتعلم المهارات الاجتماعية وكيفية تعلم السلوك المناسب فى المدرسة.
- تحديد السلوكيات المناسبة وغير المناسبة والأسباب التى تؤدى إليها.
- التدعيم المتدرج والتركيز على السلوكيات المناسبة داخل المدرسة وخارجها.

٤-التدريب المهني:

تم التركيز فى هذه المرحلة على إمداد الطلاب بالمهارات اللازمة للبحث عن الوظائف مع أنهم ما زالوا يدرسون فى المدرسة، وتقديم الخبرات للتدريب على الوظيفة الخاصة لكل طالب والأنشطة المرتبطة بها وبهذا يتم الانتقال من بيئة المدرسة إلى بيئة العمل وذلك من خلال وضع الأهداف والاحتياجات التالية:

- تمويل بعض الوظائف من قبل المؤسسات الاجتماعية.
- توفير الوظائف الآمنة والمستقرة وليست المؤقتة.
- توفر هذه الوظائف الحياة المستقرة للفرد نفسه.
- تحديد الأفراد الذين يمكن أن يكون لديهم مواقف صعبة تواجههم.

ثامناً : فئة التوحد الطفولي:

التوحد من أشد الإعاقات التى تبدأ مع ميلاد الطفل، ولا تتحسن هذه الإعاقة إلا بنسبة ضئيلة لا تتعدى ٢.% - ٣.% ويقتصر ذلك على الحالات الخفيفة والتي تعانى من توحد فقط دون أن تكون مصحوبة بتخلف عقلي أو إعاقات ذهنية أخرى، حيث تزداد فرص تحسن حالاتهم بعد التأهيل الكامل وخاصة إذا كانوا قادرين على التواصل واستخدام اللغة عند بلوغهم عمر يتراوح بين ٥-٧ سنوات، وكانوا أيضاً على ذكاء عادى أو عال (عثمان فراج، ٢..١ :٥).

ومن الدراسات التى أجريت على هذه الفئة دراسة اسماعيل بدر (١٩٩٧) عن مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية فى تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد، وذلك على عينة من الأطفال أعمارهم بين ٥-٦ سنوات، يعانون من اضطراب التوحد، وطبق عليهم فنية العلاج بالحياة اليومية التى تتلخص فى الخطوات التالية:

١-التعليم الموجه للمجموعة:

من خلال عملية دمج الأطفال ذوي التوحد مع الأطفال العاديين فى فصل دراسى واحد.

٢-تعليم الأنشطة الروتينية:

يتم تدريب الأطفال ذوى التوحد على جدول الأنشطة اليومية من الصباح حتى المساء.

٣-التعليم بالتقليد:

يتم تدريب الأطفال على تقليد بعضهم البعض فى الأنشطة اليومية، مع تدخل المشرفين كلما لزم الأمر، وكذلك تقليد الأطفال العاديين فى الفصل الدراسى العادي.

٤-تقليل مستويات النشاط غير الهادف بالتدريب الصارم:

يتاح للأطفال تعلم وممارسة الرياضة الفردية والجماعية حتى تقلل من الأنشطة والحركات غير الهادفة.

٥-المنهج الذى يركز على الموسيقى والرسم والألعاب الرياضية:

وتوصلت الدراسة إلى أن فنية العلاج بالحياة اليومية لها فاعلية فى تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد، وتوصى الدراسات والبحوث على استخدام هذه الفنية لأنها تعتبر منهجاً تربوياً لمساعدة هؤلاء الأطفال، لأنها تركز على تعلم المهارات الأكاديمية والدراسية فى مدارس التربية الخاصة، وفى نفس الوقت هناك برنامج يتم فى المدارس العادية من خلال ممارسة الأنشطة الفنية والرياضية.

وعلى نفس الفئة بحث عادل عبد الله (٢..١) فى دراسة مدى فاعلية برنامج إرشادى معرفي سلوكي لأمهات الأطفال التوحديين فى الحد من السلوك الانسحابى لهؤلاء الأطفال، تم اختيار عينة تجريبية من الأطفال ذوى التوحد تتراوح أعمارهم بين ٦-١٢ سنة، وتم تطبيق البرنامج الإرشادى على أمهات أطفال المجموعة التجريبية، ويتألف البرنامج من ثلاث مراحل كما يلى :

المرحلة الأولى : تتضمن الجلسات الست الأولى، ويتم التركيز فيها على استراتيجية التعليم النفسي من خلال فنيتي المحاضرة والمناقشة، وذلك من خلال عرض لبعض حالات التوحد لدى الأطفال، ويليها مناقشة بين الباحث والأمهات.

المرحلة الثانية : تتضمن عشر جلسات، يتم فيها تدريب الأمهات فى فنية التحصين التدريجي ضد الضغوط، وذلك من خلال عرض نماذج حية للأمهات أنفسهم، أو عرض شرائط فيديو تتضمن كيفية توجيه الأطفال ذوى التوحد وتدريبهم على أداء المهام المطلوبة.

المرحلة الثالثة : تتضمن الجلسات الست الأخيرة، وفيها يتم التدريب للأمهات مرة ثانية على استراتيجيات المواجهة.

وتشير نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادى المقدم للأمهات فى تنمية بعض المهارات ذات الصلة بالسلوك الاجتماعى وذلك لدى أطفالهن التوحديين.

وقدم عثمان فراج (٢..١)، (٢..٢) برنامجاً للتدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد وهو البرنامج التعليمي الفردي **Individual Education Program (LEP).**

تعريفه :

هو برنـامج تعليمي خاص مبنى إعداده على افتراض أن لكل طفل توحد ضمن احتياجات تعليمية خاصة به ومستويات نمو متباينة لقدراته المختلفة وفقاً لعمره الزمنى، وكذلك لكل طفل أنماط سلوكية نمطية وعدوانية تسبب الإيذاء له أو للآخرين.

أهدافـه:

توجد ثلاثة أهداف منطقية هى :

أـتوقعات مبدئية بعيدة المدى :

وهى تعكس آمال الأسرة وما يتمنون تحقيقه لطفلهم مستقبلاً، وبالتالي فإن هذا الهدف يمثل الإطار العام المستهدف من البرنـامج.

ب-أهداف متوسطة تتراوح بين ٣-١. شهور.

جــأهـداف مرحليـة لجهـود المـدارس، والتـي تعتمـد علـى نتـائج التقيـيم الحـالي لقـدرات الطفـل ومهاراته وعلى احتياجاته على المحاور المختلفة لأعراض التوحد.

*القائمون بالتنفيذ :

يتكـون أعضـاء فريـق العمـل مـع الطفـل التوحـدي ممـا يـأتي: المدرسـون الأكـاديميون، مدرسو التربية الرياضية، مدرسو التربية الفنية والموسيقية، والأخصـائي النفسـي، وأخصـائي العلاج الطبيعي، وأخصائي التخاطب، وأولياء الأمور.

خطوات البرنـامج:

يتكون البرنـامج التعليمي الفردي للأطفال ذوى التوحد مما يأتي:

١-التنظيم البنـائي للفصل الدراسى.

٢-إعداد برنـامج النشاط اليومي من قبل المدرس ويعلق فى مكان ظاهر، بحيث لا يزيد كل نشاط على ١.-٢٥ دقيقة.

٣-تنمية القدرة على التواصل، وذلك من خلال استغلال اللعب المنظم كوسيلة طبيعيـة للتـدريب على التواصل الاجتماعى مع أقران اللعب.

٤-تنمية القدرة على التفاعل الاجتماعى، وذلـك مـن خـلال بعض الأنشطة والمواقف والقصص الاجتماعيـة والتمثيليـات البسـيطة، وحضـور المناسـبات الأسـرية كأعيـاد المـيلاد والأعيـاد الدينية والقومية، وزيارة المقاصف والمصانع.

٥-استخدام الكمبيوتر كطريقة للتدريس، حيث أنه يوفر التعزيز الفوري المناسب لاستجابات الطفل، ويتيح الفرصة لإشباع فضوله دون تدخل خارجي من المدرس أو غيره.

٦-استخدام المثيرات الحسية غير العادية التى تعتبر من الأعراض الشائعة بين أطفال التوحد.

٧-استغلال نواحي النبوغ أو المواهب الخاصة غير العادية لدى الطفل التوحدي ويلاحظ خلال مراحل تطبيق البرامج اهتمام المدرس بتشجيع الروح الاستقلالية للطفل.

وقدم ليفي Levy (2..1) برنامج للإرشاد الأسرى لوالدي الأطفال ذوى التوحد الطفولي هو Son- Rise Program والتي استخدمه لمدة ٢٥ سنة مع أسر هؤلاء الأطفال، ويتلخص فى الخطوات التالية :

١-تهيئة البيئة فى منزل الطفل.

٢-تقبل الطفل والاندماج معه من خلال الحب.

٣-التنبؤ بأن كل طفل ذوى توحد لديه قدرة ويمكن أن نساعده للتفوق فيها.

٤-التدريب على المهارات الحيوية للنمو وهى تعتبر أهم خطوة فى البرنامج الإرشادى حيث يتم التركيز على تدريب الأطفال على مهارات التفاعل والتي تشمل اتصال العين، مهارات الكلام، تدعيم الانتباه، مهارات الحركة الموجه، وأخيراً المهارات الأكاديمية.

٥-الانتقال إلى الحياة العامة وذلك بتدعيم سلوك الأطفال، وتهيئة الظروف البيئية للتفاعل مع الآخرين دون إيذاء، الذات وإيقاف السلوك المتكرر والنمطي.

خاتمة

إن العناية برعاية وإرشاد ذوى الاحتياجات الخاصة، يعتبر واحداً من مؤشرات تقدم الأمم وتحضرها، وخاصة فى ظل التقدم العلمي والتكنولوجي الهائل، وما يترتب على هذا التقدم من تعقد الحياة بمختلف جوانبها المادية والاجتماعية، ولا شك أن ذوى الاحتياجات الخاصة (الموهوبين والمعوقين) فى كل دولة يمثلون قطاعاً هاماً فى ثروتها البشرية، ونظراً للتطورات والمستجدات التى طرأت فى هذا الميدان فى النواحي العلمية والتطبيقية، والتي ساعدت على اكتمال الرؤية فى التوجه إلى هذه الفئات لتقديم أفضل رعاية صحية وتعليمية واجتماعية ونفسية، ولهذا نشطت البحوث والدراسات التى اهتمت بهم وبرعايتهم عامة وتقديم البرامج الإرشادية لهم خاصة.

ولكن أخطر مشكلة فى مجال ذوى الاحتياجات الخاصة هى إطلاق المسميات والميل إلى التعميم فيها بدلاً من الاعتقاد بأن لدى الطفل قصوراً فى الجانب العقلي، أو صعوبة فى الجانب التعليمي، أو اضطراب فى الجانب الانفعالي، فإننا نطلق على الطفل بأنه متخلف عقلياً، وهكذا نعمم القصور فى جانب على كل جوانب الشخصية لدى الطفل.

وبالتالي لتصحيح هذا الخطأ يجب أن نظر إلى الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة على أنهم أطفال يواجهون مثيرات غير تقليدية، قد تقودهم إلى مواجهة مشكلات خاصة تتعلق بمفهوم الذات، والإحباط، والغضب، واليأس والقنوط، والاعتمادية، وهنا يجب عدم تصنيفهم أو الحط من إنسانيتهم بسبب اختلافهم عن الآخرين، ويبرز هنا دور الإرشاد النفسي وبرامجه التى يجب أن تتعامل مع هؤلاء الأطفال ككل متكامل، وإدراك كيفية تأثير الإعاقة على جميع جوانب حياتهم، وبالتالي لابد من استخدام البرامج والأساليب الإرشادية الأكثر فاعلية فى توظيف ما تبقى من قدرات وحواس لهؤلاء الأطفال، ومساعدتهم ليجدوا معنى لحياتهم وليعيشوا حياة كريمة.

وقد يسهم المجتمع فى إبراز الإعاقة، فقد أشار شاكر قنديل (٢...ب، ٣٨١) أن الإعاقة ظاهرة اجتماعية – ذلك أن خصائص الفرد الجسمية والنفسية والسلوكية يمكن أن تصبح فى حكم التعويق، حينما يقيمها المجتمع على أنها حالة استثنائية أو غير عادية، أو على الأقل غير مرغوب فيها، وعادة يرتب المجتمع على هذا التحديد سلسلة من النتائج السلبية، من بينها إطلاق تسمية خاصة لحالة الفرد، ثم عزله فى بيئة خاصة، ثم إبعاده تدريجياً عن سياق الحياة العادية، ثم تغير ردود أفعال الآخرين نحوه.

على العكس من ذلك فإن ذوى الاحتياجات الخاصة لهم نفس الاحتياجات الأساسية للانتماء والحب والأمن والتفرد، كما أنهم يختلفون فيما بينهم فى اهتماماتهم ومستوى قدراتهم، وينطبق عليهم مبدأ الفروق الفردية حتى بين الذين لديهم نفس الإعاقة، كما أن هناك اختلافاً فى ظروفهم البيئية والأسرية ودرجة تقبل الآخرين لهم. وبالتالي يجب التركيز على وضع البرامج الإرشادية لهؤلاء الأفراد على مناطق القوة ومحاولة تحسينها، بدلاً من التركيز على معالجة الصعوبات ومناطق الضعف والإعاقة.

وختاماً يرى الباحث أن البرامج الإرشادية لذوى الاحتياجات الخاصة يجب أن تسير فى خطين متوازيين هما:

أولاً: العمل على منع وتقليل أنواع الإعاقة المختلفة التى قد تصيب الأطفال، ويأتي ذلك من خلال برامج التدخل العلاجي والوقائي للتعرف على هؤلاء الأطفال مبكراً وخلال مراحل عمرية مختلفة.

ثانياً: تهيئة المجتمع والبيئة بحيث يصبحان ملائمين لمن يعانون من صعوبات، فلا يتحولون إلى معوقين قدر الإمكان. ويأتي ذلك من خلال ما يلى:

١ـدور الأسرة:

لقد أثبتت البحوث والدراسات أنه كلما اندمجت الأسرة فى البرامج الإرشادية للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، كانت فعاليات البرامج أكثر نجاحاً، وأبعد أثراً فى حياة هؤلاء الأطفال، ويلعب دوراً كبيراً فى التخطيط لتنشئتهم، ويبنى جسوراً من الثقة والألفة بينهم، ويهيئ الفرص للإحساس بالمسئولية والمساعدة فى تفهم حاجاتهم الخاصة، وبالتالي فإن تعليم الوالدين وإرشادهما وباقي أعضاء الأسرة يسهم فى تحسين التفاعل بين أعضاء الأسرة، ومهارات التواصل فيما بينهم، وبين أطفالهم ذوى الاحتياجات الخاصة، وهنا يكون دور الأسرة كبيئة أولية أكثر فعالية فى مواجهة مشكلات هؤلاء الأطفال.

وفى نفس المجال يبرز دور الأسرة فى الكشف عن الموهوبين ورعايتهم، وذلك عن طريق ملاحظاتهم لتصرفات الأبناء بشيء من البصيرة والفهم، وبمقارنتهم بأقرانهم فى نفس السن من حيث الطلاقة اللغوية، وحسن التصرف فى مواجهة المواقف الجديدة، ومن حيث القدرة على حل المشكلات التى تواجههم، هذا من ناحية الكشف المبكر عن الموهوبين، أما من الناحية الأخرى يكمن دور الأسرة وخاصة الوالدين فى توفير الإمكانيات المناسبة والظروف الملائمة لنمو هذه المواهب لدى أبنائهم، وذلك بالإجابة عن تساؤلاتهم ورعايتهم المتكاملة لجميع نواحي شخصياتهم صحياً ونفسياً وعقلياً واجتماعياً ودينياً مع توفير التفاعل الاجتماعى المناسب للطفل مع رفاقه فى السن، وذلك بجانب التعاون مع المدرسة فى رعاية الموهوبين.

٢ـدور المدرسة:

إن معظم الاتجاهات الحديثة لكثير من الدول المتقدمة والنامية تطبق سياسة تعليم أطفالها ذوى الاحتياجات الخاصة بالدمج مع أقرانهم العاديين داخل فصول خاصة ملحقة بالمدارس العادية، أو بالتضمين مع أقرانهم العاديين داخل نفس فصول العاديين.

ويوجد نقاش وجدل بين المطالبين بنظام الدمج الكامل، وبين الرغبة فى الإبقاء على نظام تعليمي منفصل لذوى الاحتياجات الخاصة، وإن جميع البلدان تواجه التحدي المتمثل فى ضرورة معالجة موضوع التنوع فى أوساط الدارسين، ويؤكد هينس Hines (2..1) أنه من الأفضل بالنسبة للتعليم الابتدائى وحتى الثانوي يجب أن توفره الدولة فى المدارس العادية بوجه عام للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة والعاديين معاً فى نفس الفصول، وتظل مدارس

التربية الخاصة للفئات الشديدة من ذوى الاحتياجات الخاصة والتي تتطلب تقديم خدمات خاصة قد لا تتوافر فى المدارس العادية.

٣ـدور أجهزة الإعلام

إن للإذاعة والتليفزيون والصحف دوراً هاماً فى تغيير نظرة المجتمع إلى المعوقين وذلك من خلال ما يلى:

*اعتبار أن ذوى الاحتياجات الخاصة مواطنين عاديين لهم صعوبات خاصة يحتاجون إلى خدمات إنسانية خاصة، وليسوا مجموعة خاصة لها احتياجات تختلف عن باقي أفراد المجتمع.

*غرس القيم الروحية فى نفوس الأفراد ذوى الاحتياجات الخاصة، فالإيمان هو خير عامل يساعد هؤلاء الأفراد على التكيف مع المجتمع.

*تغيير النظرة إلى الأفراد ذوى الاحتياجات على أنهم متخلفين عقلياً وبخاصة فى البرامج الإذاعية والتليفزيونية مما يترتب عليه من سلوكيات الرفض والتجنب لهؤلاء الأفراد من الآخرين فى المجتمع.

*إعداد هؤلاء الأفراد اجتماعياً ونفسياً من خلال التأهيل المهني والتعليمي والثقافي، مما يساعد على انخراطهم فى المجتمع وإيجاد فرص العمل المناسبة لهم، وذلك من خلال الخبراء فى الجمعيات والمؤسسات الاجتماعية، ورجال الأعمال وأصحاب العمل.

المراجع

(١) اسماعيل محمد بدر (١٩٩٧) : مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية فى تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد. المؤتمر الرابع، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص٧٢٧-٧٥٨ .

(٢) المجلس القومي للتعليم والبحث العلمي والتكنولوجيا (٢...) : الرعاية التربوية للفئات الخاصة. المؤتمر القومي للموهوبين، المركز القومي للبحوث التربوية والتنمية، المجلد الرابع، ص ٧-١٨ .

(٣) إيمان كاشف، عبد الصبور منصور (١٩٩٨) : دراسة تقويمية لتجربة دمج الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين بالمدارس العادية فى محافظة الشرقية. المؤتمر الدولي الخامس، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص ٨١٣-٨٥٣ .

(٤) إيمان محمد كاشف (١٩٩٩) : فعالية برنامج للأنشطة المدرسية فى دمج الأطفال المعاقين (عقلياً – سمعياً) مع الأطفال العاديين – المؤتمر الدولي السادس، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص ٨٢١-٨٨١ .

(٥) جمال الخطيب، منى الحديدي، عبد العزيز السرطاوي (١٩٩٢) : إرشاد أسر الأطفال ذوى الحاجات الخاصة. عمان : دار حنين للنشر والتوزيع.

(٦) جمال عطية فايد (٢..١) : فاعلية استخدام رسوم الأطفال فى تشخيص المشكلات السلوكية لدى الأطفال الصم. المؤتمر الثامن، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص ١٨٧-٢٢٣ .

(٧) حامد عبد السلام زهران (١٩٩٧) : الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط٣، القاهرة : عالم الكتب.

(٨) حامد عبد السلام زهران (١٩٩٨) : التوجيه والإرشاد النفسي. ط٣، القاهرة : عالم الكتب.

(٩) زينب حسين أبو العلا (١٩٩٢) : تعديل الاتجاهات الوالدية السالبة نحو كف البصر من منظور نموذج عملية المساعدة فى خدمة الفرد " دراسة ميدانية"، مجلة مركز معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، العدد الأول، ص، ص١٢١، - ١٤٨ .

(١٠) زينب محمود شقير (١٩٩٩) : سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين. القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.

(١١) سعيد دبيسي، السيد السمادونى (١٩٩٨) : فعالية التدريب على الضبط الذاتي فى علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم. مجلة علم النفس، الهيئة المصرية للكتاب، العدد ٤٦، السنة ١٢، ص١٨-١٢١ .

(١٢) سميرة أبو زيد نجدى (١٩٩.) : برنامج لتنمية حواس الطفل المعوق فى مرحلة ما قبل المدرسة. المؤتمر الخامس، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، ص ١٦٣-١٧٨ .

(١٣) سميه طه جميل (٢...) : فاعلية برنامج إرشادى فى تعديل اتجاهات الأطفال العاديين نحو دمجهم مع أقرانهم المعاقين عقلياً. المؤتمر الدولي السابع، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص ٦١١ –٦٥. .

(١٤) سهير محمود أمين (١٩٩٦) : مدى فاعلية استخدام أسلوب الإرشاد الجماعي فى تعديل السلوك اللاتوافقى لدى المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض

داون من فئة القابلين للتعلم. المؤتمر الدولي الثالث، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص ١..٥-١.٢٥ .

(١٥) شاكر عطية قنديل (١٩٨١) : تربية الأطفال المعوقين انفعالياً والمشكلين سلوكياً. مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد الرابع، ص١-٢٥ .

(١٦) ـــــ (٢... أ) : أساليب رعاية وتنمية الطفل الأصم. تربوياً ونفسياً. المؤتمر الدولي السابع، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص ٤٩٧ –٥١٨ .

(١٧) ـــــ (٢...ب) : الإعاقة كظاهرة اجتماعية. مؤتمر كلية التربية، جامعة المنصورة، ص٣٨١-٤٢٨ .

(١٨) ـــــ (٢..١) : مشكلات التشخيص فى التربية الخاصة وأساليب تطويره "نموذج مقترح". المؤتمر السنوي الثامن، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص ١٦٣-١٨٦ .

(١٩) طلعت منصور (١٩٩٤) : استراتيجيات التربية الخاصة والكفاءات اللازمة لمعلم التربية الخاصة. مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد الثاني، ص٥٩-٩٦ .

(٢٠) عادل عبد الله محمد (٢..١) : فعالية برنامج إرشادى معرفي سلوكي لأمهات الأطفال التوحديين فى الحد من السلوك الانسحابى لهؤلاء الأطفال. مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد ١٤، السنة٩، ص٤٧-٧٩ .

(٢١) عادل عبد الله، السيد فرحات (٢..١) : إرشاد الوالدين لتدريب أطفالهما المعاقين عقلياً على استخدام جداول النشاط المصورة وفعاليته فى تحسين مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية. المؤتمر الثامن، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص ٧١-١١٥ .

(٢٢) عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٧) : الاعاقات البدنية "المفهوم – التصنيفات – الأساليب العلاجية". القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.

(٢٣) عبد الرقيب أحمد البحيري (٢..٢) : التخلف العقلي : قضايا مفاهيمي وتطبيقية. مؤتمر التربية الخاصة فى القرن الحادي والعشرين، المؤتمر العلمي السادس، كلية التربية، جامعة المنيا، ص ١-١٧ .

(٢٤) عبد السلام عبد الغفار (١٩٧٧) : التفوق العقلي والابتكار. القاهرة : دار النهضة العربية.

(٢٥) عبد العزيز السيد الشخص (١٩٨٧) : دراسة لمتطلبات ادماج المعوقين فى التعليم والمجتمع العربي، رسالة الخليج العربي، الرياض : العدد ٢١، ص ١٨٩-٢١٩ .

(٢٦) ـــــ (١٩٩.) : أثر المعلومات فى تغيير الاتجاهات نحو المعوقين، مجلة العلوم التربوية، جامعة الملك سعود، الرياض : ص ٧٧-٩٩ .

(٢٧) ـــــ (١٩٩٢) : أثر أسلوب الرعاية على مستوى القلق لدى المكفوفين واتجاهاتهم نحو الإعاقة البصرية. مجلة مركز معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، العدد الأول، ص ١٤٩-١٧٧ .

(٢٨) عبد العزيز عبد الهادي الطويل (٢...) : استراتيجيات رعاية الموهوبين وبعض التجارب الدولية. المؤتمر القومي للموهوبين، المركز القومي للبحوث التربوية والتنمية، المجلد الأول، ص ٨٩-٩٨ .

(٢٩) عبد المطلب أمين القريطى (١٩٨٦) : الدور العلاجي للنشاط غير الأكاديمي فى برامج المعوقين. الكتاب السنوي فى علم النفس، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المجلد الخامس، ص ٤٣. –٤٤٦ .

(٣٠) ـــــ (١٩٩٩) : الإرشاد النفسي لآباء وأسر المتخلفين عقلياً، بحوث ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص ذوى الاحتياجات الخاصة، جامعة الخليج العربي، الجمعية العمانية للمعوقين، مسقط: ص :٤١-٦٩ .

(٣١) عبد المطلب أمين القريطى (٢..١) : سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. ط٣، القاهرة : دار الفكر العربي.

(٣٢) عبد الوهاب محمد كامل (١٩٩٤) : علم النفس الفسيولوجي. ط٢، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.

(٣٣) عثمان لبيب فرج (٢..١) : برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد (١). النشرة الدورية، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، العدد ٦٨، ص ٢-٢١ .

(٣٤) ـــــ (٢..٢) : برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد (٢). النشرة الدورية، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، العدد ٦٩، ص ٢-١٤ .

(٣٥) على عبد النبي محمد (٢...) : مدى فاعلية العلاج الأسرى فى تحسين مفهوم الذات لدى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية، (دكتوراه غير منشورة، كلية التربية ببنها – جامعة الزقازيق).

(٣٦) عمرو أحمد إبراهيم (١٩٩٥) : فعالية العلاج الأسرى فى التخفيف من حدة الاتجاهات السالبة للوالدين نحو إصابة طفلهما بمرض السكر. المؤتمر الثاني، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص ٤٤٥-٤٧٢ .

(٣٧) عمر رفعت، هانم صلاح (٢...) : فاعلية عملية الدمج فى تحسين التوافق الاجتماعى الانفعالي لدى عينة من الأطفال ضعاف السمع، المؤتمر الدولي السابع – مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص٥١٩ –٥٥٧ .

(٣٨) فاروق محمد صادق (١٩٩٧) : الحاجة إلى حقيبة إرشادية لأسرة الطفل المعوق سمعياً، النشرة الدورية، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، العدد ٥٢، ص ١٣-٢٧ .

(٣٩) ـــــ (١٩٩٨) : من الدمج إلى الاستيعاب الكامل فى ضوء الخبرات العالمية. المؤتمر السابع، لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، المجلد الأول، ص ٢٦٤-٢٩٤ .

(٤٠) فتحي السيد عبد الرحيم (١٩٩.) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة. الجزء الثاني، ط٤، الكويت : دار القلم.

(٤١) كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٥) : التدخل المبكر فى رعاية التخلف العقلي ودور الإرشاد النفسي فيه. مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس العدد الرابع، السنة الثالثة، ص ٢١-٥. .

(٤٢) كيرك وكالفنت (١٩٨٨) : صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية، ترجمة زيدان السرطاوي، عبد العزيز السرطاوي، الرياض : مكتبة الصفحات الذهبية.

(٤٣) محمد الطيب، محمد قنديل، منال حسان (٢...) : التدخل المبكر لاكتشاف وتنمية المواهب لدى أطفال ما قبل المدرسة. المؤتمر القومي للموهوبين، المركز القومي للبحوث التربوية والتنمية، المجلد الثاني، ص ٦١-٧٣ .

(٤٤) محمد العجمي، محمد مجاهد (٢..٢) : متطلبات تفعيل استراتيجية دمج المعوقين مع أقرانهم العاديين بمدارس الحلقة الأولى من التعليم الأساسي بمحافظة الدقهلية. المؤتمر العلمي السادس كلية التربية، جامعة المنيا، ص ٣١٦-٣٨٤ .

(٤٥) نجيب خزام ، عزيز حنا داود، هانية كامل، عبد الحميد كابش، ماري سامى نجيب (٢..٢): تقويم مراجعة لدمج تلاميذ من ذوى الاحتياجات الخاصة فى الفصول النظامية، وزارة التربية والتعليم مصر، مكتب اليونسكو، القاهرة، هيئة غوث الأطفال، بريطانيا، ومركز سيتى ماتياس مصر.

(٤٦) وزارة التربية والتعليم (١٩٩٥) : الإرشاد النفسي للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، ورقة عمل، المؤتمر الثاني لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص٦٢١-٦٢٩ .

(٤٧) وزارة التربية والتعليم (١٩٩٧) : الإدارة العامة للتربية الخاصة، تقرير عن الخدمات الإرشادية بمدارس التربية الخاصة. المؤتمر الدولي الرابع، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص ١-٨ .

(48)American Association on Mental Retardation (AAMR) (1992). Mental retardation : Definition classification and system of Support. Wahington : D. C.

(49)Autism Society of America (1999) : What is autism? http://www.autism. society. Org.

(50) Baine, D. (2..1) : Special needs programs review Profile. **Eric Digest**, N. 59555.

(51) Baumberger, J. And Herper, R. (1999) : **Assisting Student with disabilities.** California : Cotwin Press. Inc.

(52) Brice, A. (2..1) : Children with coumunication Disorders. **http://www.ericec. org/digest.**

(53) Burke, P. And Cigno, K. (2...) : **Learning disabilities in Children.** London : Black Well Science.

(54) Cause, L. And Clawson, M. (2...) : Social play of preschool children with Special needs and typically developing children. **Paper Presented of the Conference of Human Development.** (Memphis, TN. April (14-16).

(55) Copeland, S ; Hughes, A.; Wehmeer, M. And Fowler, R (2..2). An intervention Package to support high school student with mental retardation in general education classrooms. **American Journal on Mental Retardation**, Vol. 1.7, No.1, P. 32-45.

(56) Deresh, T. (1996) : Meanings attached to disability, attitudes towards disabled people and attitudes towards integration. **D. A. I**. Vol. 57, No.3. P. 4..

(57) Eccarius, M. (1997) : Educating children who are deaf or hard of hearing Assessment. **Eric Digest,** N. 55..

(58) Feldhusen, J. (2..1) : Talent development in gifted education. **Education Leadership** , Vol.53, No.5 P. 66-69.

(59) Hepler, J. (1998) : Social Intergration of children with emotional disabilities and non handicapped peers in a school setting. **Early Child Development and Care**, Vol. 147, P. 99-115.

(6.) Herring, R. (1998) : Career Counseling in Schools : Multicultural and developmental perspectives**. Career Development for Exceptional children**, Vol. 18. No.1, P. 3.-43.

(61) Hines, R. (2..1) : Inclusion in middle schools. **Special Education**, Vol. 22, No.5. P. 114-127.

(62) Individual with Disabilities Education Act. (1997) : Washington : D. C. Government Printing office. **http://www.ed.gov./office.**

(63) Jamieson, M. And Peterson, J. (1995) : Career counseling on Young People with physical disabilities. **Career Development for Exceptional Individual,** Vol. 15, No.1, P.47-68.

(64) Jolivette, K.; Stichter, J; Nelson, M. : Scoot, T. And Liaupsin, C. (2...) : Improving Post school outcoms for students with emotional and behavioral disorders. **Eric clearinghouse on Disabilities and Gifted Education**. E 597.

(65) Kauffman, J and Wong, R. (199.) : Effective teachers of students with behavioral disorders. **Behavioral Disorders.** Vol. 16, P. 225-237.

(66) Kef, S. (2..2) : Psychosocial adjustment and the meaning of social suppert for visually impaired. adolescents. **Journal of Visually Impairment and Blindness**, Vol. 96, No. 1, P. 22-37.

(67) Kershaw, P. And Sonuga, E. (1999) : Emotional and behavioral diffeculties : Is this a useful category? The implications of clustering and Co-morbidity the relevance of taxonomic approach. **Educational and Child Psychology,** Vol. 15, No.4, P. 45-55.

(68) Knoblauch, B. and Sorenson, B (1999) : IDEA's definition of disabilities. **http/www.cec. sped.org/ericec htm.**

(69) Levy, J. (2..1) : Special needs : Family counseling. **http :// www.Autsm** specialist. Com.

(70) Mecleskey, J. (1985) **:** Procedures for ameliorating attentional deficit of retarded children through instructional media design. **Education and Training of The Mentally Retarded,** Vol. 17, P. 227-233.

(71) Nowell, R. and Innes, J. (1997) : Educating children who are deaf or hard of hearing : Inclusion. **Eric clearinghouse on Disabilities and Gifted Education**, ED 414675.

(72) Parke, D. (1992) : Challenging gifted students in the regular classroom. **http://www.eric cec. org/**

(73) Quinn, M.; Rutherford, R. and Ocher, D. (1999) : Special education in alternative education programs. **Eric Digest** N. 585.

(74) Schalock, R. (1994). The changing conception of mental retardation, implication for the field**. Mental Retardation,** No. 32, P. 181-193.

(75) Schwartz, W. (1997) : Strategies for identifying the talent of diverse student. **http://ericae : htm. /ED 41.323.**

(76) Shepard, C. (1994) : Mental retardation. **Eric clearinghouse on and Gifted Education**.Ed. 565.

(77) Smith, S. (2..1) : Involving Parents in The IEP Process. **Eric Clearing house on Disabilities and Fifted Education**, Ed. 455658.

(78) Smutng, J. (2...) : Teaching young gifted children in the regular classroom. **Eric Clearinghouse on Disabilities and Fifted Education.** ED. 595.

(79) The Council for Exceptional children (1992) : Visual impairments. **http://www.ericec.org.**

(80)(1993) : Behavioral disorders: Focus on change. **Eric Digest**, No 518.

(81)(2..2) : Research and innovation to improve services and results for children with disabilities. **http://www.Eric.osep. directory/htm.**
(82) Warger, C. (2..1) : Five homework Strategies for teaching students with disabilities. **Journal of Special Education**, Vol.36, No.6, P.166-176.

(83) Warger, C. (2..2) : Helping Students with disabilities succeed in state and district writing assessments. **Eric clearinghouse on Disabilities and Gifted Education**